

Fra idé til virkelighet!

Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern - en kvalitativ studie

Lene Chr. Holum

Avhandling levert til Universitetet i Oslo,
Det samfunnsvitenskapelige fakultet,
Psykologisk institutt

August 2013



© Lene Chr. Holum, 2013

*Doktoravhandlinger forsvart ved
Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
No. 431*

ISSN 1504-3991

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinssen.
Trykk og innbinding: AIT Oslo AS.

Produsert i samarbeid med Akademika forlag, Oslo.
Avhandlingen blir kun produsert av Akademika forlag i forbindelse med disputas.
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	3
FORORD	5
SUMMARY	7
FORKORTELSER	9
OVERSIKT OVER ARTIKLER	10
1. INNLEDNING	11
OM INDIVIDUELL PLAN	11
LOVGRUNNLAG OG FØRINGER OM BRUK AV IP	13
IP I EN KONTEKST AV INTERNASJONAL OG NASJONAL KUNNSKAP	14
IP SETT I LYS AV EN INTERNASJONAL UTVIKLING AV ORGANISERING AV HELSETJENESTER	15
CASE MANAGEMENT OG ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODELLER	17
NORDISKE MODELLER	20
IP I EN NASJONAL KONTEKST	20
2. MÅLET MED STUDIEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	22
3. TEORETISK REFERANSERAMME	22
IMPLEMENTERING OG ORGANISERING	23
NEW PUBLIC MANAGEMENT	26
SAMHANDLINGS- OG ORGANISASJONSTEORI	27
IP SOM BRUKERS PLAN - SETT I LYS AV HELSEFREMMENDE TEORI	28
BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT	29
MAKTBEGREPET I BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT	31
SALUTOGENESE OG «SENSE OF COHERENCE»	33
LIVSKVALITET	33
4. DEN EMPIRISKE STUDIEN	34
FORSKNINGSDESIGN	34
STUDIENS DELTAKERE OG REKRUTTERING	36
BESKRIVELSE AV INFORMANTENE	37
DATAINNSAMLING	38
ETIKK OG PERSONVERN	40
ANALYSE	41
5. RESULTATER	47
ARTIKKEL I	48
ARTIKKEL II	49

ARTIKKEL III	50
GENERELLE FUNN	52
6. DISKUSJON	54
BETYDNINGEN AV HVORDAN IP BLE INNFØRT	54
IP SOM BIDRAG TIL ØKT SAMHANDLING OG KOORDINERING	57
BRUKERMEDVIRKNING OG IP	59
BETYDNINGEN AV GJENSIDIGHET, SYMPATI OG TILPASSET ANSVAR	60
EMPOWERMENT – «BONUS» I EN HENSIKTMESSIG IP-PROSESS?	61
BRUKERNES BEHOV FOR LIVSKVALITET OG EN GOD ALLIANSE	61
IP I LYS AV INTERNASJONALE MODELLER	63
PRAKTISKE IMPLIKASJONER	64
7. METODOLOGISKE REFLEKSJONER	66
BETYDNINGEN AV EGEN FORFORSTÅELSE	68
HVA HAR JEG EGENTLIG UNDERSØKT?	70
HAR FUNNENE RELEVANS OG OVERFØRBARHET UTOVER FORSKNINGSKONTEKST?	70
ER DATA INNHENTET OG ANALYSERT PÅ EN PÅLITELIG OG SYSTEMATISK MÅTE?	71
8. OPPSUMMERING	72
REFERANSELISTE	74
VEDLEGG:	85
VEDLEGG 1- INFORMASJONSBREV OG SAMTYKKE	85
VEDLEGG 2 - SAMTYKKEERKLÆRING	87
VEDLEGG 3 – TEMAGUIDE TIL INTERVJUENE	88
VEDLEGG 4 - SPØRRESKJEMAET	93
VEDLEGG 5- NOEN TALL FRA SPØRRESKJEMAET	96
VEDLEGG 6 - LOVGRUNNLAGET	98
VEDLEGG 7 - BESKRIVELSE AV LEDERNIVÅ OG TYPE AVDELING	101
VEDLEGG 8 -BESKRIVELSE AV BRUKERINFORMANTER OG KOORDINATORER	102

Forord

Når arbeidet nå er på vei til å bli slutført, er det mange som fortjener en varm takk for at dette forskningsprosjektet har vært mulig. Først og fremst vil jeg rette en varm takk til alle som har vært så sjenerøse å la seg intervju av meg: pasienter, pårørende, koordinatore, ledere og representanter for noen brukerorganisasjoner. Uten dere kunne ikke dette blitt gjennomført. Tusen takk til hver især av dere! Dernest ville ikke prosjektet latt seg gjennomføre uten konstruktive drøftinger og tilbakemeldinger fra mine svært tålmodige og positive veiledere. Hovedveileder Ruth Toverud, dr.psychol. og forsker ved R-BUP Øst og Sør har først og fremst med sin kompetanse, men også med sin varme og en tidvis streng penn, bidratt til at min ordrikdom og mitt omfangsrike prosjekt har latt seg tøyte og tatt form av akademiske artikler. Min biveileder Odd Arne Tjersland, professor ved UiO, Psykologisk institutt, har gjennom de tidlige drøftingene og senere gjennom de utallige gjennomlesingene av artikkelutkast bidratt til å kaste lys over både de store linjene og uklarheter i formuleringer. Jeg er dere begge evig takknemlig! Forskning er ikke mulig uten finansiering, og en svært positiv vurdering fra Rådet for psykisk helse medførte at Stiftelsen Helse og Rehabilitering innvilget meg forskningsmidler. I tillegg hadde jeg behov for mer økonomisk støtte og et inspirerende forskningsmiljø å være en del av. Begge deler fikk jeg fra R-BUP Øst og Sør. R-BUP var rundhåndet med støtten da prosjektet mitt trakk ut i tid, og jeg ble en del av et aktivt og inspirerende forskningsmiljø i flotte lokaliteter i Nydalen. Støttefunksjonene: biblioteket, merkantilavdelingen og it-avdelingen, er av høy kvalitet. Jeg har gjennom alle årene prosjektet har vart vært ansatt ved (nåværende) Oslo Universitetssykehus, i Avdeling for barn og unges psykiske helse, Seksjon BUP Oslo Syd, TIPS Ung. Mine ledere i flere ledd: Jørn H Brugård, Håkon Ruud / Cathrin A Leinhardt og Terje Lund, har gjennom årene innvilget meg diverse runder med permisjon, både på heltid og deltid. Uten permisjon, ingen forskning. Takk skal dere ha! I tillegg må jeg rette en takk til mine kollegaer i TIPS Ung for støtte og oppmuntring og en enestående tålmodighet med en teamleder som har hatt litt vel mange jern i ilden til tider.

I forskningens verden er det mye som skal på plass, og ikke minst skal man lære å bli forsker. UiO, Psykologisk institutt, trodde på prosjektet mitt og ga meg plass på Ph.D.-programmet, med tilhørende kursing og forankring i en forskningsgruppe. I tillegg valgte jeg å ta en stor del av forskningsutdanningen ved NHV (Nordic School of Public Health) i Göteborg. Et fantastisk inspirerende sted med høy kvalitet på kurs og forelesere. En spesiell takk til

professor Anders Møller som ble en god drøftingspartner. En liten gruppe som vi døpte StIP (Stipendiater IP), har vært et morsomt og faglig svært nyttig bekjentskap. Vi fant hverandre litt tilfeldig, en fra Rogaland, en fra Østfold, en fra Trøndelag og meg fra Østlandet. Alle med våre forskjellige innfallsvinkler til IP-forskningen. Jeg er veldig glad for å kjenne dere: Kristin Humerfelt, Jorunn Bjerkan og Olav Vold Hansen. Ser frem til fortsettelsen. Pål, du er mer enn en venn, du er også en kollega som har holdt på med det samme løpet som meg, og du har forstått meg uten at jeg har trengt å si så mye i litt trå perioder. Uvurderlig! En annen som fortjener en varm takk, er Brita Ansgard som tålmodig transkriberte 89 intervjuer for meg. Litt av en innsats.

Jeg har i perioder hatt en følelse av å øve vold mot min sosiale natur. Det har gått utover kjæreste, familie og venner som slett ikke har sett meg så mye som, i det minste jeg, hadde ønsket. Inge, Patrick, Jeanett, William, Matheo og mine fire foreldre: Takk for all støtte og oppmuntring og troen på at jeg ville lykkes! Det blir flere middager, samtaler, turer og ”bestemor-sysler” fremover. Til mine kjære venner (ingen nevnt ingen glemt): en hyppigere forekomst av sosiale og kulturelle ”happenings” skimtes.

Hvor dette arbeidet eventuelt bringer meg videre vet jeg ikke, men det har vært en fantastisk reise som jeg er svært glad for å ha fått muligheten til å oppleve. Noe ville jeg gjort annerledes, men jeg hadde gjort det samme igjen. Jeg har lært mye, om forskning generelt, om å skrive artikler, om organisering av helsetjenester, om individuell plan, om hva pasienter og pårørende tenker og erfarer i sitt møte med helse- og sosialtjenesten, og ikke minst har jeg lært litt mer om meg selv. Blant annet at ting tar *mye* lengre tid enn jeg gjerne tror... og at jeg vil litt for mange ting på en gang...

Svartskog

9. August 2013

Summary

Aim of the study

‘Individual plan’ (IP) is a master-plan intended to increase user-participation and provide better coordination of measures for patients in need of extensive and long-term health-care services. The aim of this study, which makes the basis of my doctoral thesis, is to explore and describe what hampers and promotes the implementation and use of ‘individual plan’ in a population of youths/young adults with longstanding and complex mental health problems.

Background

IP is a legalised tool within all Norwegian health- and social-services. IP is built on the patient’s own goals, needs and resources. It assumes an appointed service provider coordinating the services involved. IP is one of Norway’s answers to the more internationally known models for integrated care. Norwegian Health Authorities used a dissemination strategy to implement IP. This implied that managers within health and social care could choose their own way of implementation of IP in their organisation.

Methodology

The study is based on in-depth interviews. The data material consists of interviews with 22 managers from different clinics and organisational levels within mental health care, representatives of 24 IP-processes where either the patient (19), a relative (7) or both where interviewed, as well as their coordinators (19) and six representatives of user-organisations. The patients and relatives were interviewed twice, two years apart. The analysis was primarily made according to Systematic Text Condensation and content analyses.

Findings

The findings are based on analyses of how implementation processes were described, how the managers reflected upon the usefulness of IP as a tool, what kind of practical implementation strategies that were chosen, the manager’s own role in the implementation, characteristics of the organisational culture as well as how the manager considered external factors such as administration, lack of time and resources. The interviews of patients and relatives showed what the interviewees found important in the process of making and using an IP: to experience influence and participation, get information and gain competence, have a suitable responsibility, and feel respect and mutuality in relations with the service-providers. In cases where IP seemed to work as intended, the process seemed to have an empowering potential. In these cases there were some parallels to efficacy variables in therapy; like the importance of alliance and mutual definitions of goals to work for. IP as a tool seemed to be most suited

for patients with diagnostically clarified, mental health problems, even if these were complex, if the patients belonged to a system characterised by flexible and responsible service-providers. The coordinators looked at themselves and the patients as having a balanced relationship, marked by mutuality and participation in those well-functioning cases. Whether the coordinator and the patient liked each other, was seen as another important aspect. The analyses also showed that an IP may *not* be a useful tool in 14 out of 24 cases. In these cases the use of IP did not help to clear out organisational and economic questions when there were organisational barriers like unclear responsibility for decisions or measures or lack of resources.

Discussion

The findings are discussed within a frame of implementation theory, organizational theory, health promotion theory, especially empowerment and user-participation. Whether the findings fit with existing knowledge about “case management”, “assertive community treatment team” and integrated care models in general is also discussed.

Forkortelser

IP: individuell plan

CM: case management

ICM: intensive case management

ACT: assertive community treatment

IC: integrated care - integrerte behandlings/omsorgs-modeller

SoC: sense of coherence/opplevelse av sammenheng

NPM: new public management

Empowerment brukes her uten oversettelse. Oversatt til norsk snakker man om enten bemyndigelse eller myndiggjøring.

Oversikt over artikler

Artikkel I

Holum, Lene C. (2012b). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, Vol 12, 30 March – URN:NBN:NL:UI:10-1-112887 / ijic2012-15 – <http://www.ijic.org/>

Artikkel II

Holum, Lene C. (2012a). "Individual plan" in an empowering and interactional perspective. A qualitative study of individual plans within Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), 44-57.

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19012276.2012.693725>.

Artikkel III

Holum, Lene Chr; Toverud, Ruth (2013) *Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?* FONTENE Forskning 1/13, 32-45.

1. Innledning

Interessen for å forske på verktøyet 'Individuell Plan' (heretter kalt IP) vokste frem gjennom noen års klinisk praksis med en gruppe pasienter som i stor grad var avhengige av mange typer tjenester, fra mange aktører, over tid. Det var pasienter som hadde problemer med rusavhengighet, med psykose eller med begge deler. I tillegg hadde de oftest andre psykiske, somatiske og psykososiale vansker. Det var behov for tiltak innen områdene psykisk og fysisk helse, sosiale forhold som familie, venner og fritid, samt når det gjaldt bolig, økonomi og aktiviteter som skole, jobb eller annen form for sysselsetting. Jeg erfarte gang på gang at for å skape potensial for endring var det behov for koordinerte og fleksible tiltak over tid. De kommunale tjenestene og tiltakene i spesialisthelsetjenesten var ikke alltid samkjørt, verken internt eller eksternt, og lovverk og forvaltningsnivåer kunne være et hinder for å utvikle gode behandlingstiltak. I en periode på slutten av 90-tallet deltok jeg som veileder for et KPA-prosjekt - Koordinering av Psykososialt Arbeid hos mennesker med langvarige psykiske lidelser - der målet var å få til en grundig kartlegging av funksjon og behov og å jobbe på tvers for å oppnå hensiktsmessige tiltak. KPA var en interessant arbeidstilnærming som på mange måter ble en forløper til IP. Da informasjonen om IP og det kommende lovverket nådde meg, var jeg positiv til hva det kunne fremme av samarbeid, koordinering, hensiktsmessige tjenester og aktiv deltakelse fra pasienten i egen tiltaksutforming. Etter tidlig å ha satt meg inn i lovverk og forskrifter, ble jeg involvert i implementeringsarbeidet både som veileder og underviser. Jeg så mange muligheter med IP og søkte, både som formidler av dette redskapet og som medarbeider i saker, å gjøre bruk av det; samtidig opplevde jeg å støte på utfordringer i begge disse rollene. Det var disse erfaringene som ga støtet til interessen for å utforske nærmere hva IP kunne bidra med og hvordan.

Om Individuell Plan

IP er en overordnet plan som er ment å sikre at de som trenger oppfølging over tid, får det, at tiltakene koordineres og at det settes tydelige mål for hva som skal oppnås. IP ble lovfestet som et resultat av at lovgivende myndigheter ble klar over at en del pasientgrupper eller brukergrupper, på tross av store behov, ikke fikk et tilfredsstillende tilbud. Det gjaldt først og fremst personer med kroniske psykiske eller somatiske plager og personer med psykisk og/eller fysisk utviklingshemming med store (re)habiliteringsbehov. Det er brukeren/pasienten selv som skal være hovedaktør når det kommer til å definere mål, delmål,

ressurser og tiltaksbehov i egen plan. Både St.meld. nr. 25, *Åpenhet og helhet* (1996-97) og St.meld. nr. 21 *Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (1998-99) fremhever at mennesker som trenger omfattende og koordinerte tjenester fra forskjellige instanser over tid, vil ha behov for at de ulike tilbudene planlegges i sammenheng, og at dette er et område hvor det trengs forbedringer. I St.meld. nr. 14, *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten* (2002-03), tydeliggjøres behovet for å bedre samarbeid og koordinering: *”Offentlig virksomhet er til for brukerne, og organiseringen må skje ut fra brukernes behov. Det innebærer blant annet at brukerne skal ha lett tilgang til tjenestene uten å måtte sette seg inn i forvaltningens interne organisering.”* Fra myndighetenes side ble det vurdert om det var hensiktsmessig at én instans, for eksempel kommunehelsetjenesten, skulle ha ansvaret for å utarbeide en samlet og koordinert plan. Det ble besluttet at én instans ikke kan planlegge innholdet i tjenestetilbudet for andre eller binde opp deres ressursbruk. Hver tjeneste må derfor planlegge sine tiltak, men for at brukeren skal få en samlet plan, må det i hver sak klargjøres hvilken etat som skal ha et koordineringsansvar i planprosessen.

Formålet med individuell plan er først og fremst at mennesker som har behov for sammensatte helse- og sosialtjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. IP skal formes som en overordnet plan som skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer og som skal favne andre planer som bruker måtte ha (behandlingsplaner, tiltaksplaner, opplæringsplaner etc.). Den skal også omfatte alle tjenester/tiltak bruker har behov for (innen helse, sosialvesen, skole, trygd, arbeid m.m.). IP er ment å være et virkemiddel for at tjenestetilbudet skal fungere og oppleves som helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset den enkelte bruker, og det er vedkommendes egne mål som skal være styrende for planarbeidet. Lovfestet rett til IP er innført i pasientrettighetsloven, alle helselovene, sosiallovgivningen, NAV-lovgivningen og barnevernsloven. Intensjonen er at brukerne¹ skal ha en personlig koordinator og en overordnet plan for mål og tiltak, samt at brukers egne ønsker, behov og ressurser skal vektlegges. IP er dermed tenkt å være både et organisasjonsrettet og et brukerrettet virkemiddel. Samtidig som IP skal formes som et skriftlig dokument kan det også sees som en prosess som skal bidra med å avklare ansvarsforhold tjenesteyterne imellom (NOU, 2004:18; Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Det er formulert fra lovgivers side (NOU, 2004:18) at de involverte instanser sammen må

¹ I artikkelen vil bruker og pasient brukes som synonyme begrep, litt avhengig av kontekst. I tillegg brukes enkelte steder begrepene planeier og tjenestemottaker, som anvendes i en del offisielle sammenhenger.

jobbe frem et forpliktende samarbeid og en gjensidig forståelse i hver enkelt sak. I IP-veilederen {, 2010 #520} gis det råd om hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud om IP, og det fremheves at koordinator bør være på kommunalt nivå om det er der brukeren mottar mesteparten av sine tjenester. I de tilfellene der det er flest tjenester ytt på spesialisthelsetjenestenivå, kan koordinator finnes der. For øvrig gis det ingen eksplisitte føringer om hvordan vanskeligheter i det enkelte planarbeidet skal løses. Spesielt når brukere har sammensatte behov, noe som ofte er tilfelle innen psykisk helsevern, er tjenesteapparatet generelt for dårlig koordinert (St.meld. nr.25, 1996-97; St.meld. nr.21, 1998-99; NOU, 2001:22). WHO har gitt føringer om økt fokus på brukernes medvirkningsrettigheter og bedret koordinering av tjenestene, spesielt fremhevet når det gjelder personer med psykiske lidelser (WHO, 2004; WHO, 1986). Samtidig som det er økt vektlegging av brukerinvolvering, hvor essensen er at tjenestene ytes i sammenheng med brukers behov, skal det også tas hensyn til økonomiske, administrative og organisatoriske forhold ved tjenestene. Dette gjenkjennes i føringene fra WHO. Januar 2012 ble «Samhandlingsreformen» innført i Norge (St.meld. nr. 47, 2008-09), en reform som på flere måter har samme siktemål.

Lovgrunnlag og føringer om bruk av IP

IP er hjemlet i et bredt spekter av lover. Retten til IP er regulert i *pasientrettighetsloven* § 2-5 (revidert med virkning fra 01.01.12 og gitt nytt navn: Pasient- og brukerrettighetsloven), mens plikten til å utarbeide en IP er regulert i henholdsvis *kommunehelsetjenesteloven* § 6-2a, *spesialisthelsetjenesteloven* § 2-6 og i *psykisk helsevernloven* § 4-1. Bestemmelsene trådte for første gang i kraft 1. juli 2001. Frem til 2007 skulle alle pasienter under tvunget psykisk helsevern ha en IP selv om de ikke ønsket det. Dette ble endret slik at det ble en frivillig ordning for alle fra 2007. Den 1. januar 2004 ble det innført en tilsvarende bestemmelse i *sosialtjenesteloven* § 4-3a, og i 2006 ble IP en del av *arbeids- og velferdsforvaltningsloven* (NAV-loven) § 15: samarbeid med brukeren og individuell plan. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* § 33: individuell plan for deltakere i kvalifiseringsprogram og § 28: rett til individuell plan, trådte i kraft i 2008. Plikt til å utarbeide individuell plan ble tatt inn i *barnevernlovens* § 3-2a fra 2010. Ordlyden i lovparagrafene er omtrent lik, og samtlige inneholder begrepene «behov for langvarige og koordinerte tjenester» og «helhetlig tjenestetilbud». Et eksempel fra kommunehelsetjenesteloven lyder: *Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å*

bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. (Se vedlegg nr. 6 for full ordlyd.) Det er viktig å merke seg at brukeren har rett til en IP, men planen er uten juridisk forpliktelse når det gjelder innhold, slik at brukeren ikke har rett til et tilbud som det involverte tjenesteapparatet ikke har ressurser til å yte.

Koordinatorrollen er vesentlig i IP-arbeidet. Kort oppsummert beskriver veilederen (2010) følgende rammer og oppgaver for koordinator²:

- Tjenestemottaker (bruker) og eventuelt de pårørende, får én bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til.
- Tjenestemottakeren må i så stor grad som mulig få innflytelse på valg av koordinator.
- Koordinatorrollen innebærer et hovedansvar for å påse at tjenestemottaker får nødvendig oppfølging. Dette innebærer å avklare ansvarsforhold, sikre samordning og bidra til at tjenestemottaker ikke blir en kateball i systemet.
- Koordinator må ha et perspektiv som favner helheten i tjenestetilbudene.
- En viktig forutsetning for å unngå rollekonflikter er å være tydelig på hva som kan forventes av koordinator.
- Koordinators leder må anerkjenne og gi rom for utøvelse av koordinatorrollen.
- Det bør tilstrebes minst mulig utskifting av den som innehar koordinatoransvaret, men i tilfeller der det er nødvendig med et skifte, er det viktig å sørge for optimal kontinuitet. Dette må det være rutiner for.

Brukermedvirkning forutsetter bevissthet om den relasjonen som faktisk eksisterer mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, som for eksempel den «maktfordelingen» som følger av de ulike rollene. Det er dessuten viktig at tjenestemottakeren blir trygget på at tjenesteapparatet arbeider til beste for ham/henne. Denne helheten representerer brukerperspektivet, og gis sterkere gjennomslag ved hjelp av ordningen med IP.

IP i en kontekst av internasjonal og nasjonal kunnskap

IP ble utviklet som et nasjonalt svar på et udekket behov for koordinering og organisering av tjenester på brukernes premisser. Lovfestingen, på tvers av helse- og sosialtjenestene, NAV og barnevern, synes å være unikt for Norge. På intensjonsplanet finnes det noen internasjonale ekvivalenter til IP. Forskning både på liknende verktøy og på organisering av tjenestetilbud,

² Underpunktene er direkte sitat fra veilederen, men noen av punktene er noe komprimert. Punktene manglende presisjon kommer jeg tilbake til under diskusjonen.

danner et kunnskapsfundament når jeg skal forstå hvordan IP føyer seg inn i internasjonale trender. Nasjonal helsetjenesteforskning, herunder evaluering og forskning på IP, er også med på å gi meg nyttige perspektiver i så måte.

IP sett i lys av en internasjonal utvikling av organisering av helsetjenester

IP føyer seg på mange måter inn i en samfunnsutvikling i den vestlige verden som strekker seg tilbake til 50/60-tallet, der økt fokus på deinstitusjonalisering, brukermedvirkning og kostnadsreduksjon har vært fremtredende elementer. Man fikk på denne tiden en økende forståelse av at sykehus kunne medføre institusjonalisering av pasientene, og Goffmann (1992) tok i bruk begrepet *totalinstitusjon* der han viste til innleggelsessituasjonen der pasienten ble formet inn i rollen som pasient. I samme periode var den farmakologiske behandlingen på fremmarsj, samt at det vokste frem en tydeligere bevissthet om pasientrettigheter. I denne tidsånden ble det rettet kritikk mot heldøgnsinstitusjonalisering og passivisering av klienter, og tjenester ble i økende grad sektorisert for å imøtekomme pasientenes behov utenfor institusjonene (Björkman, 2000). I USA innførte man på 60-tallet *The community mental health movement* der målet var å utvikle metoder for å kartlegge effekter av tjenester og tiltak for å sikre at helse- og sosialarbeidere og brukere jobbet mot samme mål (Lorentsen, 2006). *Goal attainment scaling (GAS)* var en slik metode for å evaluere tjenestene og pasientenes egen rolle i utformingen av mål og tjenester. GAS regnes av enkelte som en tidlig forløper til de senere *integrated care (IC)* modellene (Kiresuk, 1994), og i henhold til Lorentsen & Berge (2006) var *GAS* også en forløper til utviklingen av IP. Fremveksten av IC-tenkningen begynte på 60-tallet, men først på 80-tallet ble den for alvor satt på dagsorden, spesielt ved hjelp av *case management (CM)* og *assertive community treatment team (ACT)*. IC kan forstås som et paraplybegrep om tilnærminger med det mål for øyet å kompensere for et fragmentert system av behandlingstiltak og å fremme kontinuitet og koordinering (Leichsenring, 2004; Åhgren, 2007). WHO har fra 80-tallet gitt føringer der det legges vekt på brukernes medvirkningsrettigheter og bedre koordinering av tjenestene, og spesielt når det gjelder mennesker med psykiske lidelser (WHO, 1986). I tillegg har WHO frontet fremveksten av IC, definert som: *Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency* (Gröne & WHO, 2001). Resultatet av dette er at helsereformer og nyorganiseringer av helse- og sosialvesenet i den vestlige verden har lagt

mer vekt på koordinerte og integrerte behandlingstilnærminger (Gröne mfl., 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Leichsenring, 2004). Dette har også skjedd i Norge ved at man har satt først IP, og senere Samhandlingsreformen, på dagsorden.

IC-feltet preges av en flora av begreper, metoder og modeller. En utfordring er at det har vært en mangel på felles terminologi og manglende konsistens i hvordan modellene skal forstås når det gjelder mål og innhold (Åhgren, 2007). Det gjør det vanskelig å sammenlikne dem. Ouvens mfl. (2005) peker i en større oversiktsartikkel på at alle IC-modellene har samme mål: redusert fragmentering, bedre koordinering og økt kontinuitet. De hevder videre at IC-modellene må inneholde både profesjonelle perspektiver, organisatoriske perspektiver og pasientperspektiver for å fungere bra. IC-feltet er preget av å være en praktisk og logisk forordning, uten en klar teoretisk forankring. Noen av IC-modellene er hovedsakelig pasientorienterte, mens andre er mer innrettet mot organiseringen av tjenestene, og noen favner begge aspekter. For noen av modellene er det hensiktsmessig å trekke et skille mellom horisontale og vertikale modeller, der førstnevnte omhandler integrering på samme nivå, for eksempel mellom forskjellige polikliniske tjenester og avdelinger på spesialistnivå, mens den vertikale handler om å få første- og annenlinjen til å jobbe mer integrert (Gröne mfl., 2001). Van der Linden, Spreeuwenberg, & Schrijvers (2001) forskning viser at, uavhengig av modell, er den største utfordringen å få på plass finansieringen av de tiltakene som er nødvendig for å hjelpe pasientene.

I et forsøk på å systematisere modellene har jeg laget følgende tabell:

INTEGRATED CARE MODELS

MODELL	Pasientfokus	Organisasjonsfokus	Land
Coordinated care	Lite fokus på enkeltpasienter	Kostnadsreduksjon og bedre kvalitet. Horisontal	USA
Comprehensive care	samme	Bedre effektivitet og kvalitet. Horisontal	USA
Continuity of care	Pasientens bevegelse i systemet og kontinuitet	Kostnadseffektivitet og høy kvalitet. Horisontal	USA, UK
Seamless care	Lite fokus på enkeltpasienter	Pasientens bevegelse mellom nivåer. Vertikal og horisontal	USA
Transmural care	samme	Samhandling, integrering. Vertikal	Nederland
Shared care	Pasienten i fokus	Partnerskap frivillige og	Australia,

		profesjonelle. Mål: integrert behandling	New Zealand, UK, Canada
Managed care	Lite fokus på enkeltpasienter	Redusere kostnader og fremme kvalitet	USA
Disease management	samme	samme	USA
Care planning	Enkeltindividets behov i planlegging av tiltak	Lite fokus på organisering av tjenester	Canada, UK
Integrated care pathways (=behandlingslinjer)	Kvalitet for enkeltpasienter	Like prosedyrer i ulike organiseringer	USA, spredd seg i Europa
Case management			
Generalist case management modell	Bedre samordning rundt enkeltpasienter, bruk av koordinator	Ikke opptatt av organiseringen av tjenestene, men kostnadsreduksjon	USA, UK
The Brokerage model	samme	samme	USA, UK
Clinical case management	samme	Samme	USA, UK
Strenghts modelcase management	samme	samme	USA, UK
Program ACT	Bedre samordning rundt enkeltpasienter, bruk av koordinator. For de dårligste pasientene	En måte å organisere tjenestene på, og kostnadsreduksjon	USA, UK
ACT (assertive community treatment)	samme	samme	USA, UK
Intensive case management	samme	Ikke opptatt av organiseringen av tjenestene Få brukere pr. koordinator	USA, UK

Tabell 1 *Integrated care models* med opprinnelsesland

Tabellen gir ikke et utfyllende bilde av et mangslungent felt, men den gir en oversikt (BCMA, 2013; Campell, 1998; Department of Health UK, 2013; Mehr, 2001; Uyehara & Thomas, 1973; van der Linden mfl., 2001; Vanderplasschen, Wolf, Rapp & Broekaert, 2007; Åhgren, 2007).

Case management og assertive community treatment modeller

Case management (CM) og *assertive community treatment* (ACT) regnes som nevnt som IC-modeller, men omtales for seg, da de spiller en egen gren av feltet. I likhet med IC er det ikke en enhetlig definisjon av CM, men flere (Mehr, 2001). En av de seneste definisjonene, fra *The*

National Association of Case Management, lyder: *A practice in which the service recipient is a partner, to the greatest extent possible, in assessing needs, obtaining services, treatments and support, and in preventing and managing crisis. The focus of the partnership is recovery and self-management of mental illness and life. The individual and the practitioner plan, coordinate, monitor, adjust, and advocate for services and supports directed toward the achievement of the individual's personal goals for community living* (Mehr, 2001). Som det fremkommer i tabellen, finnes det forskjellige CM-modeller, som alle springer ut fra en idé om bedre samordning av tjenestetilbudet til enkeltpasienter, samt at det skal være en koordinator av tiltakene og at brukers rolle og evne til egenivaretagelse skal styrkes. I begynnelsen var kostnadsreduksjon i form av færre sykehusinnleggelser et mål ved modellene, men dette er ikke lenger så aktuelt. Alle CM-modellene har et personorientert fokus og er primært i bruk innen psykisk helsevern (Ziguras & Stuart, 2000; Zwarenstein, Reeves, Straus, Pinfold & Goldman, 2009). ACT-team er en avlegger av CM og ble utviklet på 70-tallet, men fikk sitt oppsving først utover 90-tallet. ACT-team er både en måte å organisere tjenestene på og en behandlingsmodell. Modellen er rettet mot pasienter innen psykisk helsevern som ikke nyttiggjør seg vanlig poliklinisk behandling, og det opprettes et behandlerteam med representanter fra både kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten rundt hver pasient. Teamet sørger for all nødvendig oppfølging og jobber ambulant og fleksibelt for å møte enkeltbrukernes behov. Forskjellene mellom de forskjellige modellene handler i stor grad om hvor mye tid koordinator (case manager) har til å følge opp hver enkelt pasient og hvordan tjenestetilbudet organiseres. ACT er organisert slik at det er hele team som har ansvaret for oppfølgingen av enkeltpasienter, mens det i de øvrige CM-modellene er en koordinator som har hovedansvaret. ICM, PACT og ACT, som har store likhetstrekk når det gjelder utforming, vurderes i en oversiktsartikkel av Mehr (2001) som de beste modellene for å hjelpe pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk (samtidig rusavhengighet og alvorlig psykisk lidelse). Dette er begrunnet i at tilbudet er teamorganisert og med høy grad av tilgjengelighet og fleksibilitet. Andre har funnet at ICM- og ACT-modellene fungerer best når det gjelder å yte god hjelp til de dårligste pasientene (Dieterich, Irving, Park & Marshall, 2010; Falk & Allebeck, 2002). De øvrige modellene regnes som mindre hensiktsmessige, da de ikke genererer god nok oppfølging av krevende pasientgrupper.

Flere studier har sett på effekten av CM og ACT, og det er til dels sprikende funn når det kommer til effektstørrelse. Men noen større oversiktsartikler og metaanalyser konkluderer kort oppsummert med at CM er å regne som en effektiv intervensjon i dagens psykiatri

(Sledge, Astrachan, Thompson, Rakfeldt & Leaf, 1995; Ziguras & Stuart, 2000; Rosen & Teesson, 2001; Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001; Holloway & Carson, 2001; Zwarenstein mfl., 2004; O'Donnell mfl., 1999). Det fremkommer i studier at det er viktig at pasientene selv er aktive deltakere i tiltaks- og behandlingsprosessen (Watts & Priebe, 2002). Dette medfører at de følger opp behandlingen bedre, behandlingsresultatene er bedre, samt at tjenesteyterne er mer fornøyde med denne måten å arbeide på (Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Dixon, 2000; Marshall & Lockwood, 2011). I tillegg sees en klar forbedring i innleggelsestid og boevne, usikker bedring av livskvalitet og symptomatologi og ingen forskjell når det gjelder sosial fungering, sysselsetting og kriminalitet. Dette er sammenliknet med *treatment as usual* (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998).

Når CM og ACT sees i sammenheng med de øvrige IC modellene vil først og fremst en annen og mer hensiktsmessig organisering av hjelpetiltakene ble fremmet ved bruk av ACT; samtidig som det er et sterkt brukerfokus i modellen. Ved å sammenlikne IP med IC-modellene ser man både likheter og forskjeller. Alle har som mål å øke integrering og koordinering av tjenestetilbudet og at behandlingen skal 'flyte smertefritt' til beste for bruker. Innen både IP, CM og ACT vektlegges brukerperspektivet og bruken av en koordinator eller et koordinerende team for å oppnå god behandling og koordinering av tjenester. Det er derimot ikke et krav om et skriftlig plandokument (som dokumentet IP) i noen av de andre modellene. Det er heller ingen andre land enn Norge som har lovfestet bruk av noen av modellene. CM samsvarer i mange henseender med hvordan IP og koordinatorrollen er tenkt brukt (Sosial- og helsedirektoratet, 2010), men uten å komme med tilsvarende føringer om hvordan koordineringen av tjenester skal kunne skje og hvordan case manager skal arbeide. CM kan i henhold til Goodwin (2011) være veien til mer integrert behandling. Elementene han trekker frem for et vellykket behandlingsløp, er blant annet at det er én person som over tid følger opp pasienten, og at det legges vekt på tilstrekkelig kompetanse, tilgjengelighet og kontinuitet når det gjelder behandling, samt rolleavklaring mellom tjenesteytere. Dette er i stor grad overlappende med hva vi finner formulert om IP. Når vi vet at IP er lovfestet i alle helse- og sosiallovene våre, er det grunn til å anta at IP har potensial til å fungere som et bedre hjelpemiddel enn CM og de andre IC-modellene.

Nordiske modeller

I Sverige har man utviklet en tilsvarende modell som i Norge, som også kalles *individuell plan*, men denne brukes kun innen primærhelsetjenesten, først og fremst av psykiatriske hjemmetjenester og har ikke tilsvarende lovforankring som i Norge (Berger mfl., 2009; Brusén & Ribacke, 2001; Sosialstyrelsen, 2005). Målet med planen er en skriftliggjøring av pasientens mål og behov, samt koordinering av tjenester. Ut ifra søk i relevante databaser kan jeg ikke se at det foreligger forskning på bruk av individuell plan i Sverige, men en evalueringsrapport fra 2009 konkluderer med at planen ikke brukes i henhold til intensjonen eller i det omfanget som ansees å være hensiktsmessig (Berger mfl., 2009). I Danmark har de utviklet noe de kaller en *individuell handleplan*, som er forankret i Serviceloven, og som medfører en kommunal plikt til å tilby brukere med fysiske eller psykiske handikap en plan (Blickfeldt Juliussen, 2004; Center for Evaluering Psykiatrien i Aarhus Amt, 2006; PLM Rambøll Management, 2002). De danske planene brukes mest innen sosialtjenesten når det gjelder brukere som bor i sosialboliger og er under behandling. Planen er ment å sikre koordinering, samarbeid og kvalitet på tjenestene. Brukernes stemme er vesentlig i arbeidet. Heller ikke i Danmark har det vært forsket spesifikt på *handleplanene*, men det konkluderes med at det er krevende å bruke planene i henhold til intensjonen (Kristensen, 2010). Sammenliknet med norsk IP er ikke de danske og svenske planene tenkt brukt i like stor skala, men den overordnede målsettingen er i stor grad samsvarende.

IP i en nasjonal kontekst

Nasjonalt omtales IP i mange offisielle dokumenter og rapporter, i noen bøker og via brukerorganisasjonenes hjemmesider. I tillegg har det vært utformet maler og retningslinjer for bruk, som ligger på hjemmesidene til mange av landets kommuner. Forskning og grundige evalueringer er det derimot mer sparsomt med, selv om antallet er økende. På doktorgradsnivå er det Vold Hansen som har gjennomført et forskningsprosjekt om bruk av IP i kommunal sektor, med vekt på forståelsen av det samarbeidet og de beslutningsprosessene som foregår i planarbeidet (Hansen, 2007) og i Helse Midt-Norge holder Bjerkan på med et IKT og IP-prosjekt der innføring og evaluering av databaserte og brukerstyrte planer er i fokus (Bjerkan & Alonso, 2010; Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesto & Brender, 2011). Humerfelt (2012) har gjort et aksjonsforskningsprosjekt innen sosialtjenesten der hun studerte bruk av IP i behandling av brukere med rusproblemer. For øvrig har Holck (2004) studert hvordan tjenester ytes til barn med funksjonshemninger og deres foreldre, og der IP berøres som ett av

flere tiltak. Så langt synes dette å være de nasjonale forskningsprosjektene av litt omfang som berører IP. Prosjektene er svært forskjellige med hensyn til hva det forskes på og hvem informantene er, men samtlige viser at IP ikke brukes i det omfanget som er ønskelig i forhold til antallet brukere av helse- og sosialtjenester som har behov for koordinerte tjenester. Mangel på ressurser og uklare ansvars- og samarbeidsforhold er en utfordring. I tillegg pekes det på uklarheter omkring koordinatorrollen og forventninger til koordinator samt at ulike brukergrupper har forskjellige behov for oppfølging.

Det er utarbeidet flere evaluerings- og statusrapporter om bruken av IP, basert både på nasjonale og regionale prosjekter (Bakke, 2007, 2009; Berge & Lorentsen, 2003; Bredland, Linge & Vik, 2011; Einbu & Lian, 2005; Fosse, 2002; Fredriksen, 2002; Gråwe, Hatling & Ruud, 2008; Helgesen, 2003; Lorentsen & Berge, 2006a, 2006b; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007; Thommesen, 2003; Thommesen, Normann & Sandvin, 2003; Trefjord & Hatling, 2004; Ådnøy, 2005). Disse rapportene peker også på at IP ikke brukes i det omfanget helsemyndighetene har stipulert behovet til å være. Det er påvist at bruken av IP kan utgjøre en forskjell for den enkelte klient og bidra til å høyne livskvaliteten. Utover dette eksisterer noen enkeltstående artikler, rapporter og bøker som beskriver fordeler og utfordringer ved IP (Aarseth, 2001; Konsmo & Bakke, 2011; Michaelsen, Vatne & Hollingen, 2007; Røhme, Hatling & Lidal, 2006), og et økende antall master/hovedoppgaver (Bakke, 2005; Bull, 2006; Gustad mfl., 2003; Hollingen, 2008; Holmelin, 2010; Lieng, 2008; Lillesveen, Berger & Havn, 2011; Maugesten, 2007; Opaker, 2006; Raastad, 2007; Sivesind, 2010; Strøm, 2008; Tosterud, 2007; Ødegård, 2011). IP nevnes for øvrig i sammenheng med brukermedvirkning i en del rapporter, bøker og artikler, men uten at det er IP som er i fokus utover å være et mulig virkemiddel for å fremme brukermedvirkning. IP har nå vært i bruk i drøyt 10 år. Basert på den litteraturen som er referert her synes det å være mange utfordringer knyttet til å benytte verktøyet slik at det harmonerer med intensjonen. Det gjennomgående bildet er at det er krevende å oppnå tilfredsstillende samhandling og koordinering når det gjelder mennesker med psykiske vansker som er i behov av et bredt spekter av tjenester. Dette fremheves både nasjonalt og internasjonalt (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Ramsay & Fulop, 2008; Sosial-og helsedirektoratet, 2006; Sverdrup, 2007; Sverdrup, Myrvold, & Kristofersen, 2007; Åhgren, 2007).

Denne kunnskapsstatusen sammenfaller på mange måter med mine erfaringer fra praksis forut for undersøkelsen. Intensjonene bak innføring av IP bærer mange optimistisk lovnader med

seg for en bedre klienthåndtering. Samtidig er det behov for en bedre beskrivelse av utfordringene som er knyttet til å anvende verktøyet i praksis, til beste for de brukerne IP er ment å skulle hjelpe.

2. Målet med studien og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i ervervede erfaringer med implementering og bruk av IP ble studiens overordnede forskningsspørsmål utformet som følger: *Hvilke betingelser er det som hemmer og fremmer implementering og bruk av IP, både på system- og individnivå - i et utvalg av ungdom/unge voksne med langvarige og komplekse psykiske vansker?*

Forskningsspørsmålene ble avledet ut ifra en målsetting om å forstå og beskrive hvordan IP ble implementert og tatt i bruk i psykisk helsevern, og da spesielt i gruppen unge mennesker med psykiske vansker som har behov for koordinerte tiltak over tid. Dette kan utdypes som følger:

- Innhente systematisk kunnskap om hvordan intensjonene med IP omsettes i praksis i en gruppe unge med langvarige og komplekse psykiske vansker.
- Utforske IP som et organisasjonsrettet verktøy, herunder hvordan IP kan bidra til økt samhandling og koordinering av tjenestetilbudet.
- Utforske betingelsene for at IP kan fungere som et verktøy for å fremme brukervedvirkning hos enkeltbrukere.

Forskningsprosjektet er på mange måter praktisk rettet. Studiens mål er å gi et grunnlag for drøfting av hvordan IP kan brukes på en måte som gagnar brukerne i form av kvalitativt god og koordinert helsehjelp på brukers premisser. En ambisjon er å bidra til en mer hensiktsmessig bruk av IP via identifisering og analyse av mønstre av organisasjonsmessig karakter som hemmer og fremmer bruk. En annen er å se hvordan IP fungerer i praksis i møtet med den valgte pasientgruppens behov.

3. Teoretisk referanseramme

I og med at IP er et verktøy som skal bidra til økt samhandling og koordinering på den ene siden og økt brukervedvirkning på den andre, fant jeg det hensiktsmessig å ha en todelt teoretisk referanseramme. På den ene siden var det behov for perspektiver både på

organisasjon og tjenester. På den andre side var det behov for perspektiver på hvordan IP, slik den implementeres overfor denne gruppen unge mennesker fungerer helsefremmende og som brukers plan. Referanserammen har hatt betydning for utviklingen av prosjektet og for analyse og fortolkning av funnene. De valgte teoretiske dimensjonene kan bidra til å forstå hvordan IP har blitt tatt i bruk i denne brukergruppen, og hvordan forbedringer kan skje. Fire hovedtemaer vil bli berørt: Først omhandles teorier omkring implementering av nye ordninger, slik som IP. Dernest vil jeg ta frem en sentral tenkemåte omkring styring av offentlig forvaltning, som i de siste 20 årene har gått under navnet New Public Management (NPM), og se på hvordan disse føringene har satt sitt preg på utformingen av IP. Videre vil jeg vise hvordan ideer fra organisasjons- og samhandlings/rolle-teori kan bidra til forståelse av hva som hemmer og fremmer bruken av IP som verktøy for økt samarbeid. Til sist hentes det frem noen ideer fra Helsefremmende teori som utgangspunkt for en kontekstuell forståelse av hvordan IP blir brukt som et verktøy for økt brukermedvirkning i den valgte pasientgruppens møte med tjenesteyterne.

Implementering og organisering

Implementeringsfeltet er mangslungent og består av strategier, modeller og teorier som omhandler hvordan et verktøy eller en metode kan settes ut i livet. Implementering defineres gjerne som et sett av spesifiserte aktiviteter, eller en prosess, som er nødvendig for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis (Fixen, Naom, Blase, Friedman & Wallace, 2005; Weiner, Lewis & Linnan, 2009). Durlak & DuPre (2008) har skrevet en større oversiktsartikkel basert på 500 studier som på ulike måter viser hvordan implementeringsstrategier påvirker hvordan verktøyet blir mottatt og tatt i bruk.

Implementeringen av IP kan sies å ha foregått på tre plan. En del av implementeringen har skjedd på samfunnsnivå, styrt av helsemyndighetenes spredningsstrategi. Deretter har de enkelte organisasjonenes ledelse (i helseforetak, poliklinikker, institusjoner etc.) omsatt den informasjonen de mottok om IP inn i egen organisasjon. Til slutt var det de enkelte ansatte i organisasjonene som skulle ta i bruk IP.

Norske helsemyndigheter valgte, slik jeg forstår det, en såkalt spredningsstrategi (*dissemination strategy*) (Proctor et al., 2009) da de skulle innføre IP fra 2001. Dette er en strategi for målrettet distribusjon av informasjon, mer enn en reell implementeringsstrategi. Sistnevnte krever et mer systematisk innføringsarbeid enn det jeg oppfattet at norske

helsemyndigheter gjorde innledningsvis. En spredningsstrategi omfatter primært utsending av skriftlig informasjon, som lover og forskrifter i dette tilfellet, og informasjonsmøter rettet mot et gitt publikum, i denne sammenheng helse- og sosialarbeidere. Formålet var å påvirke mottakerne til å ta i bruk informasjonen som ble gitt. Senere kunne hvert helseforetak, sykehus, poliklinikk, kommune, sosialkontor, fastlege etc. mer eller mindre selv bestemme hvordan de tok i bruk informasjonen ut fra hvordan de forstod lovene og forskriftene. I senere år har det fra helsemyndighetenes side vært tilbudt noe mer undervisning om hvordan IP skal formes og brukes. At noe blir lovpålagt, slik IP har blitt, er å forstå som et sterkt virkemiddel når det gjelder å fremme endringer. Tross dette synes ikke IP å ha blitt tatt i bruk for svært mange av de brukerne den gjelder for (Bjerkan mfl., 2011).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i to teorier knyttet til implementering; Rogers *diffusion of innovation model* og *organisational theory of implementation effectiveness* (videre omtalt som Weiners organisasjonsteori) (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou, 2004; Rogers, 1995; Weiner mfl., 2009). Valget falt på disse tilnærmingene da de til sammen representerer en helhetlig tenkning om implementeringsprosesser og derved favner den kompleksiteten som kan sammenliknes med den IP implementeres i. IP implementeres i toppstyrte sammenhenger, noe som Weiners organisasjonsteori favner, mens Rogers spredningsteori favner enkeltindivider og deres valg. Det er en del overlappende faktorer ved de to teoretiske tilnærmingene, men de presenteres separat.

Weiners organisasjonsteori om implementering

Organisational theory of implementation effectiveness (Weiner mfl., 2009) ble utviklet i forbindelse med implementering av ny informasjonsteknologi. Senere har teorien blitt testet og tatt i bruk i en kontekst av helsefremmende arbeidslivsprogram så vel i skoleverket og forretningslivet som i klinisk forskning, etc. (Weiner mfl., 2009). Teorien er best egnet for å forstå toppstyrte prosesser, som i organisasjoner der implementeringen først skjer på et overordnet nivå ved at en ledergruppe tar de første avgjørelsene. Prosessen videre krever både trening og ressurser, og at de ansatte tar i bruk nyvinningen for å generere fordeler av implementeringen. For at en implementeringsprosess skal lykkes, kreves det både at organisasjonen er klar for endringer og at ansatte deler noen oppfatninger om hva som skal endres. Weiner mfl. (2009) legger stor vekt på at de ansatte, og spesielt de som skal drive igjennom implementeringen, er psykologisk og atferdsmessig forberedt på å omsette beslutningen om endring i praksis, samt at de ansatte har kollektiv tro på tiltaket og kapasitet

til å innføre noe nytt. Implementeringsklimaet refererer til de ansattes støtte og forventninger til endringen og gestaltes av de ansattes mottakelse av informasjon og deres diskusjon og forventninger til organisasjonens endringspraksis. Weiner mfl. (2009) omtaler dette som organisasjonens endringsforberedthet (*readiness for change*), noe som refererer til ansattes opplevelse av forpliktelse til å innføre forandringen.

Weiner mfl. (2009) fokuserer lite på ledelsens rolle utover at det er den som står for beslutningene. Andre forskere innenfor samme tradisjon peker på betydningen av en aktiv ledelsespolitikk i implementeringen, der ledelsen både tar beslutninger om hva som skal gjøres og gjennomfører det. De argumenterer i tillegg for at styringen heller bør være proaktiv enn reaktiv for å lykkes (Brunson & Olsen, 1990). Beslutningen om å starte en implementeringsprosess må bygge på en trygg bestemmelse, i den forstand at ledelsen har vurdert alle elementene prosessen vil kunne bestå av og mulige konsekvenser (Brunson & Olsen, 1990). Om ledelsen ikke har tro på verktøyet, vil det nødvendigvis by på problemer å innføre en forandring som holder over tid. For å lykkes i innføringen av noe nytt peker disse og andre forskere på betydningen av elementer som tydelige retningslinjer, opplæring, veiledning, påminnere, teknisk støtte, tilstrekkelige ressurser, forankring i ledelsen og foregangspersoner (Damschroder mfl., 2009; Ogden, 2008; Wensing & Grol, 1994).

Rogers spredningsmodell

I Rogers (1995) *diffusion of innovation model* (spredningsmodell) vektlegges primært de individuelle mekanismene i en implementeringsprosess. Modellen viser til hvordan ansatte enkeltvis kan bli deltakere i implementeringsprosessen og omhandler både selve endringen som skal innføres, kommunikasjonskanalene som brukes, tiden man har til rådighet og det sosiale systemet. Rogers beskriver en trinnvis endringsmodell (*innovation-decision process*) som består av følgende trinn: kunnskapstilføring, overtalelse, beslutning, implementering og bekreftelse. De første to finner oftest sted før man kommer frem til en beslutning om å innføre eller avvise den foreslåtte endringen (Rogers, 1995). Rogers fremhever betydningen av å ha oppmerksomheten rettet mot ulike sider ved de ansatte, blant annet personlighet, sosiale karakteristika og det opplevde behovet for endringer. Andre studier fremhever elementer som kompetanse, motivasjon, holdning, alder, erfaring, læringsstil, selvtillit og endringsvillighet som vesentlige i en implementeringsprosess (Grol, 1992). Rogers (1995) peker på at det letter prosessen når endringer gir en relativ fordel for de ansatte, mens Carlford (2012) fremhever betydningen av at planene kan tilpasses dem som skal følge dem, at kompleksiteten ved

endringene ikke er for stor, at det er mulig å prøve ut ideer og at resultatet er synlig. Motivasjonsfaktoren løftes av flere frem som den kanskje viktigste faktoren for å kunne forstå og predikere et positivt utfall av implementeringsprosesser (Walker, Grimshaw, Johnston, Pitts & Steen, 2003).

New Public Management

NPM danner en del av bakteppet for det kvalitetsforbedringsarbeidet som har pågått innen helsetjenestene de senere år. Innføringen av både brukermedvirkningsperspektivene og IP kan utvilsomt forstås i sammenheng med at NPM-tenkningen har fått sin plass innen helse- og sosialvesenet (Askheim & Starrin, 2008; Hansen, 2007; Vik, 2008). IP ble besluttet innført i kjølvannet av fremveksten av NPM-tenkningen utover på 80- og 90-tallet. Det finnes ingen entydig definisjon av NPM, men det teoretiske grunnlaget er sammensatt og inneholder elementer fra nyere teori innen økonomi, organisasjon og ledelse, der administrative intervensjoner overføres fra privat sektor til offentlig forvaltning. NPM kan beskrives som en markedsorientert styringslogikk der sentrale elementer er at borgere sees på som forbrukere med frie valg. Dette medfører at brukermedvirkning fremmes, at det skapes markeder for å utvikle større konkurranse og selvstendighet, og at produksjon og effektivitet styres etter en bedriftsøkonomisk tankegang. Organisasjons- og ledelsesprinsipper hentes fra privat sektor, og rammebudsjettering, desentralisering, resultatvurdering og kvalitetsmåling settes i fokus (Hansen, 2007; Klausen, 2001; Vik, 2008). Fokus flyttes derved fra oppgave- og rettighetsorienterte tilbud til mer målstyrte tjenester som forventes å gi økt kostnadseffektivitet. Overført til helse- og sosialsektoren så omfavnet NPM-tenkningen fremveksten av evidensbasert praksis, samtidig som den la vekt på en økonomisk effektiv organisasjon, bruk av kontrakter og et syn på pasienten som kunde. Dette ligger nært opp til tenkemåter som ledet frem til utviklingen av IP. Lovverk, forskrifter og veileder dannet grunnlaget for å skissere hvordan IP skulle brukes innen de forskjellige sektorene og ga de ansatte rammer for hvordan arbeidet med IP skulle foregå. Med dette som bakgrunn er det rimelig å hevde at NPM-tenkningen la mye av grunnlaget for utviklingen av IP.

NPM har fokus to veier. På den ene siden er oppmerksomheten rettet mot en mer kostnadseffektiv offentlig virksomhet hvor man legger vekt på å få mer ut av pengene og å føre kontroll med at de brukes slikt de er ment. Følgelig har det fulgt en rekke administrativt utformete registreringsprosedyrer som skal sikre dette. I alle nyere lovverk, forskrifter, stortingsmeldinger etc. er det lagt vekt på effektivitet og evidens, og målinger av dette. På den

annen side har NPM et sterkt fokus på kundene, eller brukerne i denne sammenheng, og har fremmet en ideologi om at offentlig virksomhet er til for dem. Ved å være i en monopolsituasjon har offentlig sektor kunnet unnlate å sette bruker i sentrum. Brukermedvirkning får i denne sammenheng en demokratisk dimensjon der den enkelte har rett til å delta i utforming av og beslutningsprosesser for tiltak og tjenester som berører en selv. Både gjennom å ha direkte innflytelse på egen situasjon (individuell medvirkning) og gjennom mer indirekte innflytelse (kollektiv eller organisatorisk medvirkning) vil brukerne ha demokratiske rettigheter og virkemidler til å bli hørt når det gjelder egne behov.

I de to perspektivene til NPM ligger det innbakt en kritikk av offentlig sektor, både for å sløse med ressurser, og for å ha for mye fokus på egen organisasjon og egne ansatte og for liten oppmerksomhet på bruker. Samtidig kan de to føringene stå i motsetning til hverandre; en bruker kan ha ønsker og behov som går på tvers av effektivitet og evidens. Det er ikke en nødvendig motsetning, men den kan forekomme. Ekeland (2008) problematiserer denne motsetningen og kaller den «standardisert brukermedvirkning.»

Samhandlings- og organisasjonsteori

IP er tuftet på en intensjon om å bidra til bedre samhandling mellom tjenesteytere og de tjenesteytende organisasjonene, og mellom tjenesteytere og bruker. For å forstå IP som denne typen organiserende verktøy er det hensiktsmessig å trekke inn elementer fra relevant teori for å oppnå en mer kontekstuell forståelse. Elementer fra organisasjonsteori er med på å belyse hvordan de tjenesteytende organisasjonene og deres ansatte samarbeider, hva slags roller de trer inn i og hvordan mandater, rammeverk, strukturer og kultur gir føring for aktørene.

Definisjonen på en organisasjon er i henhold til Schein (1983, s.223): «...en planmessig koordinering av flere menneskers aktiviteter for å nå en felles, klart bestemt målsetting gjennom fordeling av arbeid og funksjoner, og gjennom et hierarki av autoritet og ansvar.» Med unntak av det hierarkiske perspektivet er det lett å se paralleller til føringene om hvordan IP er tenkt brukt. Innen organisasjonpsykologien snakker blant andre Schein (1983) om at det er en utfordring å skape gode samarbeidsbetingelser mellom ulike grupper som er gjensidig avhengige av hverandre for å oppnå gitte mål, uten at det går utover samarbeidskvalitet eller produksjon (i denne sammenheng tjenestene som ytes). Dette er et tema som er gjenkjennelig både fra eget arbeid med IP og fra forskningen. Elementer som blir

trukket frem som betydningsfulle for å dempe intergruppeproblemer er ledersamarbeid, felles overordnede mål, felles opplæring, felles ytre fiender, betoning av samlet effektivitet, tett kontakt og det å unngå vinner/taper-situasjoner. Når det kommer til interaksjonen som foregår i organisasjonene er Zahl-Begnum mfl. (1988) opptatt av betydningen av instrumentell versus ekspressiv interaksjon. Omsatt til samarbeidet om IP peker begrepene i retning av samarbeidsprosesser som er utpreget saksorienterte versus preget av et emosjonelt og relasjonelt engasjement deltakerne mellom. Hvilke utslag kan slike forskjeller gi for IP-prosessen? Zahl-Begnum mfl. (1988) peker også på betydningen det har for et samarbeid at aktørene deler en forståelse av oppgaven og de aktuelle virkemidlene og at de gjør aktivt bruk av hverandres bidrag. Når IP-samarbeidet ikke synes å fungere, er det grunn til å spørre om det er nettopp slike forutsetninger som er fraværende.

Alle organisasjoner er sosiale systemer der den menneskelige atferden, herunder motivasjon og rolle, er de sterkeste elementene når det kommer til organisasjonens fungering (Goffman, 1992; Levin & Trost, 2005; Schein, 1983). Goffman (1992) bruker scenemetaforen når han skal forstå hvordan individene opptrer i en organisasjon. De forskjellige rollene folk bekler har tilhørende status, rettigheter og plikter. I en gitt situasjon vil aktørene kontinuerlig definere seg selv, de andre deltakerne og møtesituasjonen. Hvis vi ser for oss en nyopprettet ansvarsgruppe med mandat å lage IP, vil alle tjenesteyteres og brukes (og ev. pårørendes) forståelse av situasjonen, deres syn på, og eventuelle tidligere erfaring med, de andre deltakerne, og hvordan oppgaven med å utforme en IP skal forstås, spille inn. I tillegg kommer forventninger om hvem som skal være koordinator og om hva som kan utløses av ressurser. Alle deler kan ha stor betydning for IP-prosessen.

IP som brukers plan - sett i lys av helsefremmende teori

I prosessen med å forstå hva som hemmer og fremmer bruken av IP på individnivå, er det relevant å peke på kunnskap om helsefremmende perspektiver, så som brukermedvirkning, empowerment, salutogenese og livskvalitet. Dette er kunnskap som fremheves av WHO i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (WHO, 1986, 2004). Intensjonen med IP er blant annet at pasientenes ønsker, behov og vurderinger skal tas på alvor, og at dette skal bidra til en bedret helsetilstand for brukerne. Dette ligger nær det WHO omtaler som «Health promotion»: *the process of enabling people to increase control over, and to improve their health* (WHO, 2004). Siktemålet med helsefremmende tiltak er, i tillegg til bedre helse,

uavhengige, sterke og likeverdige individer og grupper. Dette bryter på mange måter med den tradisjonelle klient-ekspert relasjonen i helsevesenet.

Fokuset på helsefremmende tiltak har i henhold til Kickbusch (2004) også noen skyggesider. Hun hevder helse og velvære (både fysisk og psykisk helse) har blitt en betydelig drivkraft i det moderne samfunnet og har oppnådd en tilnærmet religiøs status. I tillegg mener mange at helse nå blir sett på som en form for sosial kapital i den vestlige verden (Laverack, 2004). Dette føyer seg inn i hva Foucault på 70-tallet uttalte om den moderne kroppen som *a product of governance*, noe han anså var et resultat av økt medikalisering og kontroll, og medisinenes stadig økende makt over folks hverdagsliv (referert til i Kickbusch, 2004; 2006). Moderniteten kan sies å ha brakt individet flere muligheter for bedre helse, men også mer risiko og økt ansvar for egen helse og livskvalitet; et ansvar som kan være tyngende, endog uoverkommelig for mange. Betydningen av helse kan gis uforholdsmessig stor plass i samfunnet og såkalt dårlig helse kan virke ekskluderende i mange situasjoner. Dette gjelder ikke minst for mennesker som sliter med alvorlige psykiske vansker.

Brukermedvirkning og empowerment

Både brukermedvirkning og empowerment er vesentlige elementer i det helsefremmende arbeidet. Begge begrepene har imidlertid et vidt spekter av definisjoner. Begrepene brukes på måter som likestiller dem, overlapper eller er hierarkiske. Jeg vil redegjøre for begge begrepene og maktbegrepets plass i denne sammenheng, samt for hvordan jeg bruker begrepene i egen forskning.

Brukermedvirkning som begrep vokste frem i Norge utover på 70-tallet, i takt med fremveksten av en desentralisert politikk der styrking av borgernes rettigheter og plikter ble vektlagt. I NOU 2004:18 (s.53) beskrives medbestemmelse og brukermedvirkning som at brukerne får innsyn og innvirkning på tjenestetilbudet gjennom samarbeid med den som yter hjelpen. Samtidig skal dette bidra til å redusere brukers opplevelse av avmakt og avhengighetsforhold, samt mobilisere ressurser slik at vedkommende selv kan ta kontroll over eget liv. Medbestemmelse og medvirkning ansees her som en metode for å kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning betyr kort fortalt at brukerne opplever mestring i den situasjonen de er i, og at de kan medvirke i avgjørelser som gjelder dem selv. Brukermedvirkning er ikke en gitt størrelse, men blir oftest forstått som et kontinuum som går

fra at bruker er informert via grader av innflytelse på avgjørelser, til, på høyeste nivå, at bruker selv tar styringen over eget tjenestetilbud (Humerfelt, 2005). I sammenheng med IP handler det for de fleste om å ha en aktiv deltakelse i egen prosess med å utforme en plan med mål, delmål og tiltak. De færreste som har behov for en IP er i en situasjon der de er i stand til å koordinere og ta grep om egen situasjon fullt ut, det vil si full brukerstyring. Fokuset på økt brukermedvirkning har vært med på å fremme en gradvis endring av rollefordelingen mellom klient og hjelper. Dessverre kan pasienter fortsatt tillegges manglende innsikt i egen situasjon og lidelse om vedkommende ikke sier seg fornøyd med de tjenestene som tilbys (Munro, Ross, & Reid, 2006).

Brukermedvirkning i enkeltsaker dreier seg om å beslutte hva som skal gjøres og hvordan. Skivenes mfl. (2005) fremhever betydningen av at alle involverte parter samles, og gjennom diskusjon og overveielser, kommer frem til et resultat deltakerne kan slutte seg til, for eksempel når det gjelder utforming av behandlingstiltak. Forutsetningen for det de omtaler som «fornuftige samtaler» er at alle partene inkluderes, at møteplassene oppleves å være maktbalanserte, at det er offentlighet omkring overveielser og drøftinger (deliberasjoner) og en reell argumentasjonsutveksling. Hos Willumsen mfl. (2005) ansees deliberativ teori som hensiktsmessig for å forstå hvordan brukermedvirkningen kan anvendes i praksis. Deliberasjon er å veie og utforske alle sider, både fakta og argumenter i en sak, opp mot hverandre i en grundig, åpen og kritisk drøfting av et tema. For at deliberasjonsprosessen skal ha mening, må det i siste instans være slik at man innser feil eller riktighet ved egne oppfatninger, og at man er villig til å endre sine feilaktige oppfatninger. I forlengelsen av dette er Ekeland og Heggens (2007) utforskning av forholdet ekspert/bruker og kommunikasjon som meningsdannelse av interesse. En IP-prosess, det vil si både det å utforme en IP og gjøre bruk av den, kan på mange måter forstås som en form for kommunikasjon som også kan innebære deliberasjon. I denne sammenheng forstår jeg kommunikasjon både som den dialogen som foregår mellom bruker og de forskjellige tjenesteyterne i utformingen av mål og tiltak, og som en måte å bygge en plattform på; en plattform av felles forståelse som danner basis for det som nedfelles i den skriftlige planen. Når planen skal omsettes i praksis, er det viktig at tjenesteyterne evner å ha det Ekeland (2007) kaller både et subjektiveringsperspektiv (person) og et objektiviseringsperspektiv (problem) i hodet samtidig for å fremme brukermedvirkning. Med dette bakteppet har jeg valgt å forstå brukermedvirkning i IP-arbeidet dit hen at brukeren er delaktig og har innflytelse på beslutninger om tiltak. Empowerment derimot forstås som et mer overordnet

begrep som favner prosesser som styrker muligheten for å ha innflytelse og kontroll over eget liv generelt, og ikke bare innflytelse på utforming av tjenester og tiltak.

Empowerment ble satt på dagsorden med Freire (1970) og hans arbeid utover på 60- og 70-tallet der målet var å styrke undertrykte grupper. Begrepet fikk ikke minst en betydning i kritikken av heldøgnsinstitusjonenes passiviserende virkning på klienter. I WHO's *glossary* (1998) defineres empowerment som følger: *In a mental health context, empowerment refers to the level of choice, influence and control that users of mental health services can exercise over events in their lives. The key to empowerment is the removal of formal or informal barriers and the transformation of power relations between individuals, communities, services and governments* Uttrykket fremhever demokratisk orienterte verdier om like muligheter for alle til å realisere sitt potensial. Brukermedvirkning og empowerment er tidvis nevnt som eksplisitte mål i enkelte av IC-modellene. Dette gjelder også i norsk velferdspolitik, hvor målformuleringer i retning av å styrke pasientenes muligheter til å håndtere eget liv har fått en mer sentral rolle i dag enn tidligere (Askheim, 2003; NOU, 1998:18; Sosial-og helsedirektoratet, 2006). Empowerment er ikke nevnt eksplisitt i de statlige føringene for IP, men det er stor grad av overlapping mellom det å fremme empowerment og intensjonen med IP. I WHO's Health Promotion Glossary (1998) defineres kun begrepet empowerment og ikke *user participation* eller *user involvement*, men i andre sammenhenger omtales brukermedvirkning også i WHO's rapporter, og da på en måte som plasserer brukermedvirkning som et viktig aspekt ved det mer globale begrepet empowerment (WHO, 1986).

Maktbegrepet i brukermedvirkning og empowerment

Makt er et vesentlig element både innen empowerment og brukermedvirkning, og vil dermed ha sin plass i bruken av IP. Ideene knyttet til empowerment er på mange måter tuftet på maktbegrepet, der målet er en reell maktforskyvning til svakerestilte grupper (Freire, 1970). I litteraturen om psykisk helse og empowerment brukes i dag primært begrepene innflytelse og styring heller enn makt, men målsettingen om en maktforskyvning i favør av brukerne finnes også her. Makt som fenomen er omfattende og komplekst og omhandler individuelle, strukturelle og kulturelle aspekter. Begrepet er tvetydig og kan forstås på mange måter. Det gir i utgangspunktet assosiasjoner til noe som bør reduseres til et minimum, samtidig som makt er en del av grunnleggende samfunnsstrukturer og sosiale relasjoner forøvrig. Webers

definisjon av makt var lenge rådende (Engelstad, 2010). Han definerte maktutøvelse som en situasjon der aktør A får aktør B til å gjøre noe vedkommende ellers ikke ville gjort. Senere ble forståelsen av makt betydelig utvidet, der spesielt Foucaults forståelse av avvik og normalitet har fått innflytelse. Han flyttet blikket fra individuell maktutøvelse til den maktutøvelse som samfunnsinstitusjonene utøver på borgerne. I henhold til Engelstad (1999; 2010) blir makt først forståelig når den sees i sammenheng med andre grunnleggende sosiale forhold, som menneskelig samhandling, aktørenes selvforståelse, kommunikasjon, normer og prosesser knyttet til organisering og bygging av sosiale institusjoner, altså overgangen fra mikro til makro-forhold. For å forstå maktbegrepet i en samfunnsregulerende kontekst kan det være nyttig å skille mellom «makt over» som er en paternalistisk form og «makt til» som er interpersonlig og bygger på gjensidighet uten dominans; altså den form for makt som kan finne sted i et samarbeid om beslutninger (Stang, 2001).

Innen helse- og sosialsektoren er diskusjoner om makt ofte svært ladet. Behandling og omsorg er sjelden mulig uten en viss maktutøvelse fra tjenesteyterne, enten de er leger, psykologer, administratorer eller pleiepersonell. Å være hjelpesøkende, eller bruker, er per definisjon å gå inn i et avhengighetsforhold. Makten kan innta mange former; det å sette diagnoser er én. I det hele tatt å stille spørsmål om *når* bruker får lov til å medvirke, er en annen (Ørstavik, 2008). Bevissthet om maktutøvelse er viktig, men det er ingen målsetting å unngå makt. Det kan føre til unnfallenhet og at behandlere gir fra seg autoritet uten at dette hjelper brukerne til å få mer innflytelse. Når det snakkes om makt i sammenheng med brukermedvirkning skjer det ofte på to plan; på et mikropå knyttet til relasjonen mellom bruker og tjenesteyter, eller på et makropå knyttet til den makt som forekommer gjennom organisasjoner, institusjoner og aggregater av aktører. I IP-prosessene kan et vesentlig aspekt ved distribusjon av makt være knyttet til hvem av tjenesteyterne som har definisjonsmakt, besitter kunnskap, posisjon og overtalelsesevne. Hvordan kommunikasjonen foregår i IP-prosessene har et sterkt element av det Goffman (1992) kalte «definisjon av situasjonen» der poenget er at når aktører utveksler budskap, setter de samtidig en ramme for kommunikasjonen som omfatter hva og hvordan ting sies, samt at hvilke over- og underordningsforhold som finnes i relasjonen spiller inn. Tilbake til brukerne i IP-prosessene kan for eksempel enkelte oppleve økt utøvelse av paternalistisk makt («makt over») som følge av IP, selv om dette er et brudd med intensjonen. En annen fallgrube er at brukermedvirkningen som forfektes på ett nivå, på et annet nivå kan oppleves som avmakt fordi det i realiteten ikke skjer noen endringer i brukers liv som følge av IP.

Salutogenese og «Sense of Coherence»

Ut ifra et helsefremmende perspektiv finner jeg salutogenesebegrepet nyttig når jeg ser på de virksomme elementene i IP. I Antonovskys salutogene perspektiv forstås helse som en ressurs som kan fremmes (Lindström & Eriksson, 2006). Paradigmeskiftet fra patogenese til salutogenese ble satt på kartet av Antonovsky i forbindelse med hans arbeid med å studere overlevende etter konsentrasjonsleire og hvordan noen erfarte at traumer ikke svekket helsen deres på sikt (Antonovsky, 1996; Eriksson & Lindström, 2005). I denne sammenheng studerte han blant annet det han kalte for *generalised resistance resources*, som består av biologiske, materielle og psykososiale faktorer som gjør det lettere for folk å oppfatte sine liv som konsistente, strukturerte og forståelige (Lindström & Eriksson, 2006). Den kanskje mest betydningsfulle salutogene faktoren er ifølge Antonovsky evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende, det vil si å ha en *sense of coherence* (SoC) (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2006). SoC er et begrep rettet mot betydningen av at verden oppfattes i et kontinuum bestående av faktorer som gir forståelse, mestring og mening.

En høy skåre på Sense of Coherence betyr:	En lav skåre på Sence of Coherence betyr:
Å erfare: Orden Konsistens Struktur Klarhet Mestringsressurser Deltakelse	Å erfare: Kaos Tilfeldigheter Mangel på mestringsressurser Manglende støtte Være på utsiden av det som skjer

Tabell 2 Høy og lav skåre på SoC i hht Antonovsky {, 1996 #91}

Forskning har vist at SoC kan læres, og spesielt i yngre voksen alder, samt at SoC korrelerer med helse og da spesielt mental helse, herunder tilfredshet og livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2006; Lindström & Eriksson, 2006). Spørsmålet er hvorvidt innføring av IP kan tenkes å bidra til økt SoC, og i tilfelle hvordan og under hvilke forutsetninger.

Livskvalitet

I det innledende arbeidet med IP og i den første forskriften og veilederen ble det eksplisitt fremhevet at IP skulle bidra til økt livskvalitet. Dette gikk man senere bort fra. Om IP skal forstås som en del av strategien for å arbeide frem en helsefremmende praksis, er ideen om økt livskvalitet på mange måter en naturlig del av IP-arbeidet. Om IP kan brukes på en måte

som bidrar til aktiv deltakelse i eget liv og som fremmer SoC, samtidig som det gis god helsehjelp, er det nærliggende å tenke at brukere vil kunne oppleve økt livskvalitet som følge av IP-prosessen. WHO's (2002) livskvalitets- og helsebegrep er overlappende; og helse er i denne sammenheng mer omfattende enn fravær av sykdom, da det i tillegg omhandler fysisk, psykisk og sosialt velvære. I The Ottawa Charter (WHO, 1986) bemerkes det at god helse er et viktig aspekt ved det å ha god livskvalitet.

4. Den empiriske studien

Utformingen av denne empiriske studien har et flerspektret utgangspunkt. Først og fremst er det mine egne erfaringer med opplæring i bruk av IP samt klinisk erfaring med bruk av verktøyet som ble innledningen til forskningsprosjektet. Jeg hadde registrert at det var stor forskjell i hvordan IP ble brukt og hva samarbeidspartnere erfarte at verktøyet kunne bidra med. Jeg så i utgangspunktet mange muligheter til å forbedre koordineringen av behandlingen rundt unge mennesker med sammensatte problemer ved hjelp av IP, og ble derfor opptatt av hva man kunne lære av erfaringene med dette tiltaket. Dels kunne det se ut som det var betydningsfullt hvordan IP ble implementert i hjelpesystemene, dels hvordan man la opp det praktiske arbeidet med IP. Hvordan ble IP forstått og tatt i bruk og hva var det som bidro, eventuelt ikke bidro, til at IP ble brukt i henhold til intensjonen? Jeg foretok tidlig et litteratursøk som viste at det internasjonalt var gjort få studier av brukernes beretninger om sine erfaringer med forskjellige *integrated care* modeller. Studien ble utviklet parallelt med at jeg innhentet mer kunnskap om helsefremmende arbeid og teorier, om implementeringsteori og om IC feltet. Samlet utgjorde dette den erfarings- og kunnskapsplattformen studien ble utviklet fra.

Forskningsdesign

Kvalitativ metode med bruk av dybdeintervju ble valgt for å imøtekomme forskningsprosjektets overordnede målsetting: å studere hva som hemmer og fremmer implementering og bruk av IP i gruppen unge med langvarige og komplekse psykiske vansker. Min vitenskapsteoretiske tilnærming er hermeneutisk fenomenologisk, og med et kunnskapssyn som støtter seg på sosialkonstruksjonismen. Dette betyr i praksis at jeg har samlet data om og fortolket hvordan IP ble «skapt» og gitt mening i interaksjon med de involverte aktører (Creswell, 2007; Malterud, 2003; Patton, 2002). Kvalitativ forskning er i

sin natur ikke-standardisert, «ubegrenset» og avhengig av de subjektive erfaringer både hos meg som forsker og mine informanter. Kunnskapen er konstruert, som én versjon av virkeligheten, og er å forstå som en representasjon mer enn en gjengivelse (Denzin & Lincoln, 2000). Dette forskningsprosjektet presenterer dermed noen, av flere mulige, kunnskapsversjoner om IP. Undersøkelsen er naturalistisk, der målet var å undersøke hvordan fenomenet IP ble erfart av brukere og tjenesteytere i behandlingshverdagen (Malterud, 2011; Strauss & Corbin, 1998). Ambisjonen var å beskrive og fortolke informantenes beretninger, både for å se etter variasjon og identifisere aktuelle fellestrekk, det siste ved å se etter om individuelle erfaringer dannet mønstre. Således var målet for studien å sammenfatte beskrivelser av erfaringer snarere enn å fange opp eller generere teorier. Samtidig er den eksplorerende og fortolkende når det gjelder å utforske om det er noen tversgående mønstre i implementering og bruk. Studiets mål kan sies å være evaluering og erfaringsbeskrivelse av prosessen med å implementere verktøyet IP i samarbeid med den enkelte bruker. Intervjumaterialet består hovedsakelig av beskrivelser av ledernes tilrettelegging for bruk av IP innen de rammene de hadde å forholde seg til, i interaksjon med sine medarbeidere, samt beskrivelser av samarbeidet og planutformingen som fant sted mellom pasient/pårørende og koordinator.

Som en overordnet metodisk tilnærming valgte jeg å støtte meg til det Patton (2002) omtaler som evalueringsforskning, der målet ofte er å studere hva som hemmer og fremmer bruk av en metode eller et verktøy. Evalueringsforskning ligger mellom evaluering og anvendt forskning, og har læring og ny kunnskap i endringsøyemed som målsetting. Det brukes vitenskapelige metoder og systematisk datainnsamling og analyse innen begge tilnærminger. Min studie ligger mer mot anvendt forskning enn evalueringsforskning, da jeg hadde et ønske om å genere generell kunnskap omkring implementering og bruk av en metode eller et verktøy, og ikke bare fremme endring. Tilbakemeldingene fra min studie gis i form av artikler og ikke rapporter, slik det er vanlig innen evalueringsforskningen. Jeg valgte i tråd med Pattons anbefalinger om evalueringsforskning å gjøre bruk av informanttrianglering for å få frem flere perspektiver på hvordan IP ble implementert og brukt av informanter med ulike roller i IP-prosessen. De valgte informantgruppene er de som møter IP-prosessen i sine daglige liv, enten som tjenestemottakere eller tjenesteytere, og derfor besitter størst kompetanse på IP fra sine respektive ståsteder. Når data hentes fra ulike posisjoner som kan vektes mot hverandre, bidrar det til å styrke studiens troverdighet (Costongs & Springett, 1997; Patton, 2002). Eksplorering med utgangspunkt i kildevariasjon eller metodevariasjon

øker bevisstheten om og tryggheten i fortolkningen av resultatene (Banister, Burman, Parker, Taylor & Tindall, 2006).

Forskningsprosjektet ble innledet i 2005 med en spørreskjemaundersøkelse (se vedlegg nr.4) som ble distribuert til ansatte i en BUP (poliklinikk for barn og unges psykiske helse), en DPS (Distriktpsikiatrisk senter) og en bydel i Oslo. Hensikten med skjemaet var å få kunnskap om når og hvordan det var blitt informert om IP, hvordan dette ble tatt imot og hvordan IP hadde blitt brukt. Svarene (se vedlegg nr. 5 for enkelte svar) viste at opplæringen og informasjonstilfanget var mangelfull, at det var lite tilrettelegging for bruk av IP i organisasjonene, og at de personlige erfaringene med bruk av verktøyet varierte. Majoriteten av informantene så likevel positivt på intensjonen med IP og kun 4 av 158 rapporterte at intensjonen med IP gikk på tvers av deres faglige ståsted. Mange trodde at IP, brukt på en god måte, kunne bidra til økt brukermedvirkning (110 av 160) og økt livskvalitet (116 av 159). Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen (vedlegg 5) var med på å danne grunnlaget for utviklingen av intervjuguiden jeg brukte senere. Jeg ble blant annet mer opptatt av selve implementeringsprosessen og systemfaktorer enn jeg var i utgangspunktet. Svarprosenten var lav, 33,5 %, men som en forundersøkelse og en del av kunnskapsplattformen hadde den verdi. Datainnsamlingen til prosjektets første del pågikk fra høsten 2005 og hele 2006 med intervjuer av pasienter, pårørende, koordinatore, ledere og representanter fra brukerorganisasjonene. I 2008 og første halvdel av 2009 ble pasienter og pårørende intervjuet for annen gang.

Studiens deltakere og rekruttering

For å belyse problemstillingen om hva som hemmer og fremmer implementering og bruk av IP, har jeg brukt et strategisk informantutvalg som består av både tjenestemottakere, det vil si pasienter og pårørende, og tjenesteytere i form av koordinatore og ledere, samt brukerorganisasjonsrepresentanter. Brukergruppen ungdom/unge voksne med psykisk lidelse ble valgt fordi dette er en gruppe pasienter der symptombildet kan være svært fluktuerende og fragmentarisk. Komorbiditeten i utvalget er høy, og pasientene er i en alder der de utviklingspsykologisk og symptommessig er i stadig endring. Dette krever høy grad av fleksibilitet fra tjenesteapparatets side. Pasientgruppen som dette utvalget representerer utfordrer kanskje hjelpeapparatet og bruken av IP mer enn andre pasientgrupper, og de har samtidig et stort behov for en velfungerende planprosess. Innenfor denne rammen søkte jeg

litt ulike klientgrupper da en viss heterogenitet kan være hensiktsmessig når man utforsker et terreng som er lite belyst på forhånd.

Beskrivelse av informantene

I forskningsprosjektet ble det foretatt totalt 89 intervjuer av³:

- **22 ledere** på forskjellige nivåer innen psykisk helsevern i Helseregion Sør-Øst; poliklinikker (BUP og DPS), spesialteam og sengeavdelinger (akutt, intermediaær og langtid), både for barn/unge og voksne. Lederne, med unntak av fire toppledere, ble forespurt om å opprette kontakt med to brukere hver, primært i alderen 15-25 år, som hadde IP. Lederne rekrutterte totalt 19 pasienter og sju pårørende. Ikke alle ledere var i stand til å rekruttere brukere, til gjengjeld rekrutterte andre inntil fire.
- **19 pasienter og 7 foreldre.** Disse 26 personene utgjorde **24 IP-prosesser**, der det i 17 planprosesser kun var pasienten som ble intervjuet. I fem prosesser ble bare foreldre intervjuet, mens både pasient og foreldre ble intervjuet i to saker. To år etter ble 14 pasienter og fem foreldre intervjuet for annen gang (dvs. 19 IP-prosesser). De øvrige ønsket ikke å la seg intervju på nytt.
- **19 koordinatorer og to behandlere.** Det vil si at det i 19 av 24 IP-prosesser var en involvert tjenesteyter som ble intervjuet. Pasientene oppga hvem som var koordinator og hvem de ønsket skulle bli intervjuet. I fem IP-prosesser var det ingen koordinator eller koordinator var ukjent. Etter ønske fra pasienten ble også et par behandlere i spesialisthelsetjenesten intervjuet.
- **Seks representanter** fra fire ulike brukerorganisasjoner. Hensikten med å intervju dem var å få et mer politisk og overordnet perspektiv på bruk av IP.

Ledere og type avdeling de representerte

Når jeg intervjuet så mange som 22 ledere, var det begrunnet i et ønske om å sikre bredde i ledernivåer og type avdelinger som disse var knyttet til (se vedlegg nr. 7 for detaljer). Jeg intervjuet ni ledere innenfor et høyere ledernivå, det vil si ledere for større avdelinger med flere seksjoner/team under seg eller ledere for større institusjoner. Tolv ledere var fra lavere nivå, i den betydning at de ledet enkeltteam eller seksjoner. Det er ni døgnavdelinger og ni poliklinikker representert i materialet, både for barn/unge og voksne og for pasienter med rusproblemer og samtidig psykisk lidelse. Bredden i type avdelinger jeg rekrutterte lederne fra

³ I noen intervjuer er det to personer til stede samtidig, slik at antall intervjuer og antall personer ikke stemmer overens.

var begrunnet i det pasientutvalget jeg ønsket å ha fokus på. Lederne ble forespurt ut ifra min kjennskap til hvilke typer avdelinger som befant seg i helseregionen. Av praktiske grunner befant avdelingene seg i Østlandsområdet.

Pasienter, pårørende og koordinatore

Gjennom lederne ble det rekruttert 19 pasienter og 7 foreldre til første gangs intervju. Dette sikret data fra samme organisasjon og område, men fra ulike informantgrupper. Lederne forespurte pasientene selv eller pårørende ut ifra deres kjennskap til pasientene og familiene. Samtlige som ble forespurt av leder og takket ja til intervju, gjennomførte det. Ingen trakk seg i første intervjurunde, mens i fem IP-prosesser fikk jeg ikke gjennomført annen gangs intervju (se vedlegg nr. 8 for detaljer om brukerinformanter og koordinatore). Lederne ble bedt om å rekruttere pasienter i alderen 15-25 år, eller pårørende til pasienter i samme aldersgruppe, med en IP eller på vei til å utforme en. Blant noen av de yngste pasientene vurderte enten leder, alene eller i samarbeid med de pårørende, det slik at pasienten var i en tilstand der vedkommende ikke kunne la seg intervju. Aldersspennet på pasientene var fra 11-37 år ved første gangs intervju, 18 av de 24 var mellom 15 og 25 år. Jeg valgte å intervju alle som var blitt forespurt og ønsket det, selv om pasientene i seks IP-prosesser var utenfor det aldersspennet jeg hadde bedt om. Pasientene hadde alvorlige og/eller komplekse psykiske tilstander i områdene psykose, utviklingsforstyrrelser, PTSD, angst, affektive tilstander, personlighetsproblematikk og selvskadning/suicidalitet. Samtlige ble vurdert å ha psykososiale vansker av ulike slag, og 13 hadde i tillegg rusproblemer i varierende omfang. Informantene ble ikke eksplisitt spurt om diagnoser. Dette ble ikke vurdert å være nødvendig for studiens mål og ville vanskeliggjort rekruttering. De fleste fortalte om egne vansker, mens et mindretall ikke ønsket å si noe om dette. Likevel kom det oftest frem i intervjusituasjonen noe informasjon om vanskene deres. Avdelingen de ble rekruttert fra ga også indikasjoner om type problematikk. Pasienter og pårørende ble forespurt om hvem som var koordinator og om jeg fikk anledning til å intervju vedkommende. Alle sa ja, men noen hadde ikke koordinator på intervjutidspunktet eller visste ikke hvem det var. Koordinatorene kom fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Datainnsamling

Jeg brukte et semistrukturert dybdeintervju for å få tak i informantenes personlige erfaringer og refleksjoner. Innledningsvis utviklet jeg en temaguide (vedlegg nr. 3) for å sikre at alle

temaene ble belyst i løpet av intervjuet, men uten å ha en tvunget rekkefølge på spørsmålene. Temaguiden omhandlet i korte trekk følgende hovedområder: Bakgrunn, enten personlig eller faglig; erfaringer med IP, som egne brukererfaringer eller arbeidserfaringer som koordinator for en gitt bruker, som leder for tjenestested eller som representant for en brukerorganisasjon; forståelse av og syn på IP, og erfaring med implementering og opplæring. Annen gangs intervju av pasienter og pårørende handlet om hvorvidt de fortsatt hadde en IP, hvordan den eventuelt var blitt brukt underveis og hvordan de opplevde tjenestetilbudene de mottok. Temaguidens hovedlinjer ble fulgt gjennom alle intervjuene, men jeg videreutviklet intervjuene underveis i prosessen etter som jeg erfarte at andre innfallsvinkler eller måter å stille spørsmål på ga meg bedre svar eller jeg erfarte at enkelte tema måtte utdypes. Det var et ønske at informantene skulle uttrykke sine erfaringer og refleksjoner mest mulig fritt. Jeg prøvde å ligge tett opp mot en fri konversasjon i en trygg og dialogisk atmosfære. Noen av pasientene hadde behov for at jeg stilte korte, eksakte spørsmål som de kunne svare på, mens andre snakket friere om temaene uten at jeg styrte samtalen i stor grad. Pasientenes symptomatologi og kognitive funksjon påvirket hvordan intervjuene lot seg gjennomføre. To bidrag kan illustrere variasjonen; først et utdrag fra et intervju med en ung jente med psykosevansker som eksemplifiserer hvordan noen av informantenes svar kunne være lite utfyllende og vanskelige å få klarhet i.

Hva slags behandlingstiltak er det du har rundt deg? Nå er jeg jo hos lege periodevis. Og så er det de i xx avd som stiller opp for meg. Så det er to kontakter. De kontaktene i xx avd, hvordan kontakt har du med dem, hvor ofte? Nei det er vel daglig nesten. Hva gjør de? Hva de gjør, hva mener du? Hjelper de deg med ting eller har dere samtaler? Vi har samtaler en gang i uka.

(...)

Og så har du en IP. Når fikk du den? Husker du det? Det var når jeg kom hit på avd xx. Og det er en 8 – 9 mnd siden? Nei, det er vel et halvt år siden jeg kom hit. Du snakket om at det var en 8 – 9 mnd siden du var i jobb. Var du sykemeldt en stund da før du kom...? Nei. Jeg tror jeg fikk en plan før jeg kom hit, men vet ikke hva den planen går ut på i sånn ordrett forstand. Det er først nå du vet du har en plan? Ja det er vel det miniteamet går ut på, og litt sånn forskjellig sånn at jeg har hatt samarbeidspartnere, behandlere og kontakt og ja. Hva vet du om IP? Det er en plan rundt meg, som går på hva som jeg skal klare og hva som er målene mine. Har du vært med på å lage den planen selv? Jeg har vel det. Husker du hvordan dere gjorde det? Ja, vi satte opp hva som er målene mine og hvordan jeg vil bestemme meg. Så det gjorde dere i fellesskap i et sånt miniteam? Ja.

En informant i midten av 20-årene snakker i annen gangs intervju om koordinator og personalet der hun bor. Et utsnitt av dette intervjuet, som i stor grad fremstår som en samtale, viser en jente som har høyt refleksjonsnivå og gir utfyllende svar:

Jeg har en primær og en sekundær kontakt. De hjelper med alt sånt praktisk, med ting som jeg ikke klarer eller orker; går tur, på kafeer og kino og shoppe og sånne ting.(...) Så hvis det er sånn jeg føler at jeg er litt redd på T-banen og sånn, da får jeg følge. (...) Hun koordinatoren har vært sekundær først, og så slutta primærkontakten min og så ble hun det da. Men det går som regel greit etter hvert, for det har vært lite gjennomtrekk av personale der. Men akkurat nå så er det ferietid for alle sammen, så det er litt slitsomt.

(...)

Andre ting koordinatoren gjør? De har kommet og henta meg hvis jeg har vært litt dårlig og har vært hos psykologen (...). Ja og ordner og bringer beskjeder til de andre av personalet. Akkurat nå for tida har nattevakten kommet og sett etter meg. Og da har hun formidla det. Så det er litt sånne småting. Mm. Hva tenker du er viktige egenskaper hos koordinatoren for deg? Å være veldig rolig og avbalansert. (...) sånn at jeg ikke blir stressa. Blir jeg stressa sjøl, så blir det veldig overføring. Lar deg smitte? Ja, det er vel det som er likhetstrekket, de er veldig balanserte. Merker av og til hvis det har vært noen av personalet som har vært veldig stressa, da liker jeg dem ikke med en gang. De får som regel en sjanse da, men... Ja og at jeg føler at jeg kan si alt jeg har behov for (til koordinatoren). Og så at hun er tilgjengelig 5 dager i uka.

Intervjuene av tjenesteytere, brukerorganisasjonsrepresentanter og foreldrene bar preg av å være utfyllende samtaler, selv om det var merkbart at enkelte informanter foretrakk at jeg stilte klare spørsmål som de kunne svare på uten at de selv bidro med å bringe et tema videre eller nye på banen. Intervjuene varte fra 45 minutter til 3 timer, med et gjennomsnitt på fem kvarter. De foregikk der informantene ønsket; for tjenesteyternes del var det på eget kontor eller mitt, og for pasientenes og pårørendes del var det på mitt kontor, hjemme hos seg selv eller der de mottok behandling.

Antallet ledere som ble forspurt var ikke gitt på forhånd, men jeg hadde i utgangspunktet et ønske om 20-25 personer for å oppnå ønsket bredde i type avdelinger representert i utvalget. Da jeg stoppet lederrekrutteringen hadde jeg 18 ulike organisasjoner representert (19 inklusive pilotintervjuet). Ut ifra de innledende analysene opplevde jeg å ha nådd et punkt der intervjuene tilførte meg lite ny informasjon i forhold til dem jeg hadde tatt så langt. Antallet informanter for øvrig var gitt med utgangspunkt i det antallet ledere som ble intervjuet, og hvor mange pasienter/pårørende, og dermed koordinatorene, de satte meg i kontakt med.

Etikk og personvern

Prosjektet ble vurdert av Regional etisk komité som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, og videre innvilget konsesjon fra Datatilsynet,

for at det skulle kunne foretas intervjuer med pasienter mellom 16 og 18 år uten foreldresamtykke. Alle prosedyrer er i tråd med Helsinkideklarasjonen. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets målsetning, om prosjektleder, om godkjenninger, og de fikk vite at de når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser. Det ble innhentet signert informert samtykke til at informantene kunne kontaktes om annen gangs intervju. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert. Tre informanter ønsket ikke dette, og da ble det gjort fortløpende notater under intervjuet. En sekretær ble ansatt for å transkribere intervjuene. Hun hadde ikke tilgang til kodebøkene med navn, og hun signerte taushetserklæring. Ingen navn eller personopplysninger fremkommer i det transkriberte materialet. Så lenge konsesjonen gjaldt, ble kodebøker og rådata oppbevart i safe, og da konsesjonen utgikk, ble kodeboken destruert. Jeg hadde ingen forutgående kjennskap til noen av pasientene eller de pårørende. To koordinatore og enkelte av lederne kjente jeg fra tidligere samarbeidsrelasjoner. Jeg vektla å få til en god intervjusituasjon, spesielt i møte med pasientene og de pårørende, og jeg tilstrebet å møte alle informantene med respekt, ydmykhet og interesse. Alle mottok både muntlig og skriftlig informasjon, og jeg forsikret meg så langt som mulig om at pasientene virkelig forstod hva jeg skulle spørre om og hvorfor. De fikk mitt telefonnummer om det var noe de ønsket å drøfte eller spørre om i etterkant. Én benyttet seg av dette tilbudet. Ingen av informantene fikk betalt for deltakelsen, men de fikk flaxlodd som påskjønnelse.

Analyse

Fremgangsmåten i analyseprosessen ble formet med inspirasjon fra Grounded Theory, Malteruds systematiske tekstkondensering, fenomenologisk analyse og tematisk innholdsanalyse (Charmaz, 2006; 2007; Giorgi, 1994; Malterud, 2003; Patton, 2002; Rose, 2008). Det er stor grad av overlapping mellom disse fremgangsmåtene, som alle har et fenomenologisk fundament i form av å søke etter mening i informantutsagn. Det fenomenologiske perspektivet har fungert som en ytre forståelsesramme for analysen. I de innledende analysene brukte jeg elementer fra Grounded Theory som inspirasjon; som å påbegynne analysen parallelt med datainnsamlingen, justere intervju spørsmålene noe i tråd med de innledende analysene, ha en induktiv tilnærming og bruke naiv gjennomlesing og memos. I det videre arbeidet med å kode og tematisere meningsinnholdet i de enkelte intervjuene støttet jeg meg på kunnskap fra systematisk tekstkondensering og tematisk innholdsanalyse. Det å skulle analysere et såpass stort materiale som 89 intervjuer er, krevde

pragmatisme i tilnærmingen, noe som avspeiles i hvordan jeg la opp den analytiske prosessen. Tilnærmingen er som nevnt primært induktiv og ble innledningsvis ikke styrt av den teoretiske referanserammen, men jeg har heller ikke gått *helt* åpent ut i søken etter tema og mønstre i datamaterialet. Jeg har sett etter beskrivelser, refleksjoner og meningsytringer, knyttet til studiens problemstillinger.

Analyseprosessen startet med at jeg i etterkant av hvert intervju skrev ned spontane refleksjoner, som kunne handle om alt fra generelle inntrykk fra intervjuet, informantenes erfaringer med, og syn på, IP, og til hva som preget informantenes fortellinger og kontekst. Denne dagbokføringen bidro både til utdyping av tema i påfølgende intervjuer og til en begynnende utvikling av de analytiske spørsmålene. Det bidro også til de første tankene om hvilke temaer som utkrystalliserte seg i materialet. De spontane refleksjonene var forskjellige, men et eksempel på et kort notat etter et lederintervju er følgende:

Intervju på et møterom. Sekretær hadde ordnet kaffe&kake. Litt utveksling av fakta om våre respektive arbeidssteder. IP ikke satt ordentlig i system med opplæring og det er ikke arbeidet med å fremme en felles forståelse av IP. Sliter med utfordringer med samarbeid og hvem som gjør hva. Hvem er ansvarlig for IP, for å skrive den og for koordinatorrollen? Interne personforskjeller mellom sosionomene som har dette som sitt område er også til stede. Ikke satt seg tilstrekkelig inn i lovverk, intensjon etc. Er litt skeptisk, men ser at IP er en måte å skaffe oversikt og liker kartleggingsbiten i SINTEF-malen som favner bredt og fungerer som huskeliste. Har flere dårlige erfaringer. Diskusjoner om hvem som skal ha ansvar, hvordan IP skal brukes. Vanskelig å få med pasientene, og få det inn i daglig bruk. Vanskelig og uavklart rolle som leder. Skal «ri mange hester». Hvem som skal ha ansvar for hva når folk er innlagt er alltid en utfordring i grenselandet mellom 1.linjetjenesten og øvrig 2.linjeteneste. Avdelingen har i liten grad ønsket å ta tak i koordinatorrollen og IP i kraft av å være en avdeling som noen ganger skriver pasienter raskt ut.

Neste skritt i analysen var en fortløpende naiv gjennomlesing av transkripter, der jeg noterte temaer jeg fant relevante for å belyse studiens problemstilling og markerte utsagn i transkriptet som jeg opplevde som interessante refleksjoner. Jeg laget en tabell som hjelpemiddel i dette første gjennomlesingsarbeidet. For å bruke samme leder som nevnt over, så ser utsnittet av tabellen ut som følger:

Umiddelbare kommentarer ved gjennomlesing	Refleksjoner om kategorier og overordnede temaer
Leder nr: xx Uklart hvem som har ansvar Merarbeid som ikke hjelper på samarbeid Evalueringer viktig Koordinator på institusjon, poliklinikk eller i kommunen?	Forventninger til IP Reell- eller skinn-deltagelse av pasienter i planarbeidet Personvariablenes styring over utarbeidelse av IP og hvem som blir koordinator Når IP fungerer – hva er kriteriene?

Nærhet og hensikt? Hvor mange hatter bør man ha? Elektronisk utfordring Opprydding Uklarheter og sendrekthet i systemene en utfordring Lidelsens natur avspeiles i planer og samarbeid Etikkens betydning Brukers stemme Økt livskval en floskel/for stort Folk vært på forskjellige kurs, lært forskjellig Utfordring med maler Hvor henvender man seg for råd? Noe egen erfaring med IP og koordinatorrollen	Når IP ikke fungerer – hva er kriteriene? (når/hva/hvordan/hvorfor) Intensjon & Funksjon
--	--

Tabell 3 Analyseutsnitt

Tilsvarende tabell ble brukt på samtlige informanter, men jeg skrev gjerne mer utfyllende når det gjaldt pasienter og pårørende. For å bli ytterligere kjent med pasientene i materialet; deres enkelthistorier, både hvem de var, deres IP og behandlingsbehov, gikk jeg igjennom alle pasientkasusene der jeg med hverdagsspråk skrev «Historien om...» med hver enkelt pasient i fokus. Dette ble gjort etter annen gangs intervju og var en god støtte i analysen. Eksempelet under er et utsnitt fra en av disse narrative. Det inneholder elementer som er gjenkjennelige fra flere pasientinformanter:

Historien om en redd ung mann med ukjent bakgrunn

Han kommer fra et land langt borte. Han har vært her lenge, siden han var barn, men vet ikke hvorfor han er her. Mesteparten av familien er fortsatt i det gamle landet. Han vil gjerne flytte dit, men klarer ikke jobbe, og uten penger kan han ikke bo der. (...) Han er ofte redd, men det går bedre nå. Før, når han rusa seg var det verre. Og da han var på institusjon da både rusen og hallusinasjonene tok overhånd, var han ofte redd. (...) Ikke lett å være en redd ung mann et sånt sted. Ikke klarte han helt å være rusfri han heller, rett skal være rett. (...) Nå nærmer det seg at han må flytte for seg selv, men det gruer han seg til. (...) Han savner ikke rusen, den gjorde hodet bare enda verre. Det er bedre med antipsykotisk. Men, det er mange lyder og stemmer i hodet til tross for medisinen. Det hjelper å jobbe litt, noen timer hver dag, men det er samtidig vanskelig å jobbe for mye også, han blir så sliten av alle stemmene og lydene. (...) Han har ingen ordentlig IP lenger, bare en enkel liten tiltaksplan, som i grunnen ikke sier noe særlig. (...) Inne på institusjonen er det trygt og godt. Livet renner rolig forbi, med jobb, matlaging, samtaler med primærkontakten dann og vann, turer med resten av avdelingen og små utflukter...

Etter at første runde med datainnsamling og første gjennomlesing var avsluttet, påbegynte jeg en systematisk analyse av hvert enkelt intervju. Underveis laget jeg grove kategorier som; *erfaringer med IP, samarbeid, implementering, syn på og forståelse av IP*, der jeg sorterte meningsbærende enheter, altså hele eller deler av utsagn informantene kom med, inn under disse første overskriftene. Overskriftene ble generert ut ifra de første spørsmålene jeg stilte materialet, som for eksempel: *Hva slags erfaringer har denne koordinatoren med IP? Hvordan er IP implementert i denne avdelingen? Hvordan fungerer samarbeidet rundt denne*

brukeren? Spørsmålene hadde sitt utgangspunkt i studiens problemstillinger, men ble mer detaljerte etter hvert, som for eksempel: *Hva betyr medvirkning for den enkelte bruker? Hvordan vurderes grad av ansvar i egen planprosess (for mye/lite/passe)? Hvordan foregår målformuleringene i utforming av IP?* Listen med kategorier og subkategorier ble kontinuerlig utvidet i den analysen som fulgte. I tråd med utviklingen av kategoriene gikk jeg tilbake til tidligere intervjuer for å sjekke om jeg hadde fått med relevante tema, eller for å gjøre nye kategoriseringer av meningsbærende tekst som ikke var fanget opp. Softwareprogrammet NVivo8 ble brukt til støtte i teksthåndteringen i denne delen av prosessen der jeg dannet og endret kategorier og subkategorier. Kategoriene ble utviklet underveis i prosessen i form av at nye kategorier ble dannet, og ved at kategorier som liknet hverandre eller hadde overlappende tematisk innhold, ble slått sammen, og andre kategorier kunne bli delt opp. Etter andre gangs intervju av pasienter og pårørende ble deres intervjuer analysert på samme måte. Da alle intervjuene, fra begge rundene, var analyserte som et første samlet materiale, satt jeg igjen med følgende hovedkategorier:

- *Behov og ønsker knyttet til behandling*
- *Brukermedvirkning*
- *Erfaringer med helsevesenet, ikke knyttet til IP*
- *Erfaringer med IP og ansvarsgrupper*
- *Implementering av IP*
- *Koordinator*
- *Livskvalitet*
- *IP-maler*
- *Målutforming*
- *Samarbeid og samarbeidsutfordringer*
- *Sider ved pasient/pårørende av betydning for IP*
- *Syn på og forståelse av IP*

I praksis kunne alle informantgruppene være representert i alle hovedkategoriene. For å ta kategorien *Koordinator* som eksempel. Den bestod av fire subkategorier: *allianse koordinator – pasient, erfaringer som eller med koordinator, opplæring og kompetanse samt rammebetingelser for koordinatorarbeidet*. Her kan man finne igjen ulike uttalelser som belyser koordinatorrollen; sett både fra bruker/pårørende, koordinator, leder og brukerorganisasjonene. Under subkategorien *allianse* finnes følgende utsagn fra en koordinator:

Faren er jo at hvis man setter i gang og skal lage en IP før man i det hele tatt har blitt kjent med mennesket. Så kan den planen egentlig bare være løgn og fanteri. Uansett tror jeg det er viktig at man blir kjent med mennesker, i hvert fall få en slags form for tillit før man setter i gang å lage en IP.

Under subkategorien *erfaringer som eller med koordinator* uttaler en leder seg som følger:

Jeg synes at jo mer erfaring en person har med seg inn i koordinatorrollen, jo morsommere blir det å jobbe der. Disse koordinatorene tør å jobbe litt utradisjonelt, de spiller på flere, de har en stor grad av fleksibilitet og evner å trekke i flere tråder, og de er tydelige.

Både koordinator og leder kom med nyttige perspektiver på noe av det som skal til for at en koordinator kan lykkes med å utforme en IP på brukers premisser og få til et konstruktivt samarbeid rundt vedkommende.

Det jeg gjorde av refleksjoner som omhandlet innholdet i kategoriene eller prosessen for øvrig ble notert fortløpende i «memos», som er et bindeledd mellom datainnsamling, analyse og rapportering av funn. Jeg hadde gjennomgang av alle kategoriene og «memos» før en siste overordnet kategorisering, eller rekontekstualisering, fant sted. Disse ble i stor grad gjennomført i tilknytning til formingen av de tre artiklene avhandlingen består av.

I tillegg til ovennevnte analyser gikk jeg systematisk igjennom de pasientkasus der jeg hadde intervjuet koordinator samt leder i det systemet pasienten tilhørte. Alle pasientene ble rekruttert fra avdelinger der leder ble intervjuet, men noen ledere rekrutterte som nevnt ikke pasienter. Det betyr at det i materialet er 12 «hele sett» i den forstand at seks ledere rekrutterte 12 pasienter/pårørende (samme leder deltar i flere «sett») der også koordinator er fra samme avdeling, det vil si med arbeidssted i poliklinikk eller døgnavdeling under spesialisthelsetjenesten. I de øvrige sakene der det er koordinator i saken, er vedkommende fra kommunehelsetjenesten, slik at det kun er leder og pasient fra samme system. Jeg fortok ingen kategorisering i denne delen av analysen, men noterte meg hvordan totalbildet artet seg med samtlige perspektiver til stede; som leders forståelse av IP og implementeringsgrep, koordinators erfaring med prosessen og rammebetingelsene for arbeidet, og hvordan pasientens planprosess ble erfart fra pasientens og/eller pårørendes side. Dette kom til nytte i utformingen av artiklene og ved gjennomgangen av hvordan de ulike IP-prosessene fungerte i henhold til lovverket og forskriftens krav til innhold, og hva pasienten/pårørende uttalte om bruk og fornøydhets. IP-prosessene ble deretter gruppert ut ifra denne vurderingen.

Gruppe	Under-gruppe	Beskrivelse	Antall
1 IP fungerer hensiktsmessig på ett el begge intervjutidspunkt (totalt 10)	A	Proforma eller ikke-eksisterende IP ved første intervju, mens ved andre intervju er IP i aktiv bruk.	2 planprosesser
	B	IP brukes i henhold til intensjonen og er i aktiv bruk, samt at bruker er fornøyd ved begge intervjutidspunkt.	2 planprosesser
	C	IP brukt aktivt ved første intervju, og bruker er fornøyd. Ved andre intervju brukes ikke lenger IP aktivt, men det jobbes stort sett i henhold til opprinnelige mål og planer.	5 planprosesser + en intervjuet kun første gang (totalt 6)
2 IP fungerer ikke etter intensjonen (totalt 14)	A	IP har aldri kommet ordentlig i gang, da ingen ville påta seg koordinatorrollen og det ikke var avklart hvilke instanser som hadde ansvar for hva.	2 planprosesser
	B	IP er blitt liggende ubrukt etter at den ble laget og har dermed aldri blitt fulgt opp eller evaluert.	3 planprosesser
	C	Bruker kjenner ikke til noen IP eller mener vedkommende ikke har deltatt i planprosessen, selv om det eksisterer en IP.	5 planprosesser (3 av disse er intervjuet kun en gang)
	D	Har en IP ved begge intervjutidspunkt, men den brukes ikke, og bruker har ikke noe forhold til egen plan.	3 planprosesser + en kun intervjuet første gang (totalt 4)

Tabell 4 Hvordan pasientene i studien fordelte seg med hensyn på bruk av IP

Gruppe 1 favner de ti planprosessene der IP fungerte bra. Her var det kun pasienter over 17 år. To tilhørte psykisk helsevern for barn og unge og åtte kom fra psykisk helsevern for voksne. Blant de åtte er én i poliklinisk- og syv i institusjonsbehandling. Alle hadde koordinator.

Gruppe 2 favner 14 planprosesser der IP ble vurdert til ikke å fungere verken tilfredsstillende eller i tråd med intensjonen. Fem pasienter tilhørte psykisk helsevern for barn og unge, og åtte tilhørte psykisk helsevern for voksne eller team/avdelinger for behandling av rus og samtidig psykisk lidelse. Fem pasienter hevdet at det ikke var noen koordinator i saken eller at de ikke visste hvem det var.

Analysene knyttet til de enkelte artiklene

I tilknytning til problemstillingene som dannet grunnlaget for de enkelte artiklene, foretok jeg nye analysesløyper og rekontekstualiseringer som dannet nye abstraheringer av tema. Til artikkelen om implementering foretok jeg en ny separat analyse av lederintervjuene. Denne gangen hadde jeg i større grad et teoristyrte utgangspunkt der jeg i henhold til Weiners og Rogers teorier så mer spesifikt etter hvordan lederne reflekterte over hva som påvirket hvordan IP ble tatt i bruk. I tillegg søkte jeg etter hvordan lederne rent praktisk hadde grepet an implementeringen. I artikkelen om IP som verktøy for brukervedvirkning og empowerment tok jeg utgangspunkt i hva brukere og pårørende uttalte under hovedkategoriene: *behov og ønsker knyttet til behandling, brukervedvirkning, målutforming, erfaringer med IP og med helsevesenet generelt, sider ved pasienten av betydning for IP og livskvalitet*. Relevante kategorier og refleksjoner ble markert. Jeg gikk deretter systematisk igjennom de ti IP-prosessene som var vurdert som vellykkede kasus (se tabell nr. 4) og gjorde en ny analyse med utgangspunkt i hva disse pasientene og deres koordinatører formidlet om de respektive IP-prosessene. Utsagnene ble kategorisert som følger: *ansvar, brukervedvirkning, innflytelse og deltakelse, kunnskap, mål, relasjon, respekt og utforming av IP*. Til slutt ble innholdet fra alle nevnte kategorier samlet og rekontekstualisert under hovedtemaene: *formulere mål, være aktiv deltaker i prosessen, betydningen av kunnskap og kompetanse og et relasjonelt perspektiv på samhandlingen*. I den siste artikkelen, som omhandler IP som verktøy for koordinering, tok jeg først og fremst utgangspunkt i de innledende analysene og hovedkategoriene om *Erfaringer med IP og ansvarsgrupper og Samarbeid og samarbeidsutfordringer*, med sine respektive subkategorier. Deretter gikk jeg igjennom de 14 IP-prosessen som ikke fungerte som ønsket og noterte hva som kjennetegnet disse sakene slik de var beskrevet av brukere, pårørende og koordinatør. Også utsagn fra ledere og representanter for brukerorganisasjonene var inkludert her. Temaene *beslutningsmyndighet og ansvar, koordinators betydning for planarbeidet og brukers forutsetninger og ønsker* favner det som synes betydningsfullt i hva som hemmer og fremmer bruk av IP som samhandlingsverktøy.

5. Resultater

Jeg vil her redegjøre for hver enkelt artikkels hovedfunn og for noen mer generelle funn fra prosjektet som helhet. Funnene knyttet til hver enkelt artikkel er diskutert der, og for øvrig vil funnene som helhet diskuteres i neste kapittel.

Artikkel I

« It is a good idea, but... » A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care

Denne artikkelen handler om hvordan IP ble implementert, og dermed er det først og fremst de 22 ledernes stemme som er toneangivende. Lederne perspektiver suppleres av de andre informantgruppene refleksjoner, slik de kommer til uttrykk i kategorier og temaer som omhandler implementeringsprosessene. Artikkelen målsetting er *å beskrive og utforske de erfaringene og refleksjonene lederne i utvalget hadde når det kom til hva som hemmet og fremmet implementeringen av IP i deres organisasjon*. Funnene drøftes i en ramme av implementeringsteori, siden det å identifisere personlige og organisatoriske barrierer og dilemmaer er vesentlig for å oppnå en økt forståelse av hvordan implementering foregår. Det var store forskjeller mellom lederne i den forstand at de representerte forskjellige ledernivåer, forskjellige typer avdelinger og klinikker og forskjellige typer personalgrupper. I tillegg forstod og «angrep» lederne IP på noe forskjellig måte. Ni ledere hadde flere avdelinger under seg eller var ledere for større institusjoner og var dermed ikke en del av den daglige kliniske virksomheten. De var alle tilhengere av IP, men ikke direkte involvert i implementeringen, utover å legge føringer. Unntaket var to ledere som tok aktive implementeringsgrep. Tolv ledere var fra et lavere nivå, som team- og seksjonsledere. De trodde alle at IP kunne være et praktisk verktøy, men noen var også skeptiske til nytteverdien, slik lovverk og forskrifter er utformet. Det var varierende hva slags implementeringsgrep de hadde tatt, fra å være svært systematiske til ikke å ha gjort noe overhodet. Syv var ledere for polikliniske avdelinger, og bare en av disse hadde arbeidet systematisk med implementeringen. Blant de fem som ledet døgnavdelinger, hadde to arbeidet svært systematisk med å tilrettelegge for bruk av IP. Det var ingen forskjell mellom avdelinger og poliklinikker for barn og ungdom eller for voksne.

De generelle implementeringsutfordringene som lederne trakk frem var: for mye administrasjon og byråkrati i dagens helsevesen, mangel på ressurser, mangel på makt og rettigheter for pasientene og mangel på tid til å implementere og bruke IP. I tillegg fremhevet flere at det var uklare ansvarslinjer når det kom til hvem som skulle gjøre hva og hvilket system koordinator burde være ansatt i. Internt i de forskjellige organisasjonene la lederne vekt på at implementering foregikk i organisasjonskulturer som var svært forskjellige fra hverandre. I noen organisasjoner var personalgruppen tydelig negativ til implementeringen av IP og til nye prosedyrer generelt. Andre steder var de ansatte generelt positive til IP. Like

vesentlig syntes det å være at de ansatte mestret verktøyet og så hensikten med det. Poliklinikkansatte syntes å ha mer trening i dokumentasjon og det å være ansvarlig for prosesser, mens avdelingspersonalet hadde mer trening i å se helheten i pasientenes behov og koordinere behovene. De lederne som ivret mest for IP identifiserte seg mer med oppgaven, var mest systematiske i implementeringsarbeidet og gjennomførte i større grad praktiske implementeringsgrep, i form av opplæring, veiledning og støtte.

Slik først og fremst lederne, men også koordinatorene uttalte seg om implementeringen av IP, ble individuelle faktorer fremhevet (både hos ansatte og ledere) som mest avgjørende for om og hvordan IP-modellen ble innført. Ledernes personlige holdninger og erfaringer var utslagsgivende for en vellykket implementering, samtidig syntes de ansattes personlighet og kliniske erfaring å være en viktig del av dette bildet. Hvordan organisasjonen var tilrettelagt for endringer ble ikke eksplisitt etterspurt, og lederne snakket ikke så mye om dette temaet. Lederstil ble heller ikke spesifikk undersøkt, men lederne ble spurt om hvordan de holdt tak i implementeringen og relaterte seg til sine ansatte. Noen utøvde direkte tilsyn med at IP ble laget, mens andre tematiserte dette jevnlig. Noen var mer opptatt av å gi støtte og inspirasjon, mens andre ga mer autoritative føringer for bruk av verktøyet. I denne studien var en aktiv og planlagt ledelse avgjørende for en vellykket innføring av IP, men det skjedde ikke uavhengig av de ansattes holdninger og erfaringer. I de avdelingene der implementeringen var vellykket var det minst én toneangivende ansatt eller leder som promoterte og støttet bruken av IP.

Artikkel II

« Individual Plan » in an empowering and interactional perspective. A qualitative study of individual plans within Norwegian mental health services

Empowerment, brukermedvirkning og et interaksjonelt perspektiv er omdreiningspunktet i denne artikkelen. Målsettingen er å beskrive *hva ti pasienter som er fornøyd med sin IP-prosess fremhever som viktig, samt utforske hvordan prosessen med å utforme og ta i bruk en IP kan styrke brukermedvirkning*. Funnene blir drøftet i en teoretisk ramme av empowerment og brukermedvirkning. Fokus er rettet mot de ti prosessene i utvalget (tabell 4) der IP var i bruk i henhold til tilslutningen, og der bruker var fornøyd ved et eller begge intervjudisputpunkt. Alle ti brukere var 17 år eller eldre og ble selv intervjuet. Samtlige hadde en ansvarsgruppe som bestod av noen få faste deltakere, og gruppen var preget av kontinuitet. Det å formulere målene i IP og omsette dem til handling var viktig, og alle ti hadde deltatt aktivt i

målformuleringen. Ingen hadde skrevet planen sin selv, men en av brukerne formidlet at hun hadde ønsket å gjøre det, for å gjøre planen mer til sin egen. I henhold til analysene kan det se ut som alle hadde det koordinatorene omtalte som realistiske mål. Dette medførte at målene ble enklere å nå i den situasjonen brukerne befant seg i. To måtte oppgradere og to nedjustere målene sine etter en periode, dette i henhold til erfaringer og behandling. Det å være aktivt deltakende i IP-prosessen var et annet tema som ble opplevd som vesentlig for alle. Samtlige brukere hadde i store deler av prosessen en opplevelse av å ha en rolle fylt med påvirkningsmuligheter, deltakelse og balansert ansvar. For at bruker skulle oppnå deltakelse i egen IP-prosess krevde det i noen tilfeller en kontinuerlig tilpasning til brukers skiftende behov og utvikling. Oppnåelse av tilpasset ansvar i egen prosess var gjerne resultat av en forhandlingssituasjon, og det syntes som disse ti i stor grad opplevde at det var balanse, selv om de i perioder kunne erfare at de fikk for mye eller for lite ansvar for egen situasjon. To røde tråder i intervjuene var vektleggingen av å få tilført relevant kunnskap, samt selv å kunne nyttiggjøre seg ervervet og eksisterende kompetanse, det være seg informasjon om egen lidelse og behandling, lovverk, økonomi og rettigheter, samt praktiske ferdigheter som å handle, lage mat og vaske hus. Det siste temaet som utpekte seg i denne delen av informantutvalget, var betydningen av relasjonen mellom bruker og koordinator og øvrige tjenesteytere. Så godt som alle pasientene i materialet, ikke bare disse ti, var opptatt av forholdet til og kommunikasjonen med sine hjelpere. De fremhevet aspekter som respekt, tillitt, gjensidighet, sympati og det å bli likt. Kvalitetene brukerne mente en god koordinator burde inneha var å være god til å kommunisere, være rolig, ikke stresse, være hyggelig, støttende, ærlig og vise respekt. Noen få snakket om betydningen av at koordinator var erfaren, velorganisert og effektiv, men relasjonen mellom bruker og koordinator syntes å være det viktigste for samtlige brukere. Temaene som her ble fremhevet er gjenkjennelige fra litteratur om empowerment, brukermedvirkning og til dels også fra terapilitteraturen.

Artikkel III

Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?

Den siste artikkelen tar for seg det aspektet ved IP som omhandler målet om økt samhandling og koordinering av de tjenestene og tiltakene den enkelte bruker har behov for. Artikkelenes mål er *å utforske og beskrive hva som hemmer og fremmer bruk av IP for å øke samhandling og koordinering og oppnå en større helhet*. Samtlige informantgrupper (pasienter, pårørende, koordinatorene, ledere og representanter for brukerorganisasjonene) dannet grunnlaget for de

perspektivene og kategoriene som ligger til grunn for artikkelen. Hovedfokus er rettet mot de 14 IP-prosessene (se tabell 4) der det var krevende å få til en hensiktsmessig bruk av IP, blant annet fordi disse sakene synliggjør utfordringene best. Sentrale tema i artikkelen er beslutningsmyndighet og ansvar, koordinatorrollens betydning og brukers ønsker og forutsetninger for å delta i planarbeidet.

Et fellestrekk ved de 14 IP-prosessene som ikke fungerte var en «mismatch» mellom brukers behov og de mulighetene som fantes for å yte hjelp på brukers premisser, det vil si organiseringen av tjenesteapparatet og tilgjengelighet av ressurser. Disse informantene utfordret hjelpeapparatet mer enn de øvrige, både fordi de hadde behov for mange tjenester og fordi det kunne dreie seg om tjenester som ikke var umiddelbart tilgjengelige. De ti brukerne der IP ble brukt mer i tråd med intensjonen hadde i grove trekk det til felles at det var mulig å bygge opp et tilfredsstillende tjenestetilbud innen eksisterende rammer og at koordinator og øvrige tjenesteytere samarbeidet i tilstrekkelig grad. Betydningen av å kunne utløse nok ressurser til å oppnå et tilfredsstillende tjenestetilbud ble poengtert som vesentlig fra majoriteten av ledere, brukerrepresentanter og koordinatører. Tjenesteyterne understreket at det praktiske planarbeidet var avhengig av tilgang på ressurser, og at spørsmålet om hvem som kunne utløse hva, ble vesentlig å avklare tidlig i prosessen for at planarbeidet skulle fungere. Ressurser handlet i stor grad om økonomi; det vil si kostnadene forbundet med tiltakene og tilgjengeligheten av personell. Manglende etats- og avdelingstilhørighet (hvilken instans som hadde ansvaret for hva) var en annen utfordring som ble nevnt i flere sammenhenger, både på kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. En forutsetning for å få IP til å fungere syntes å være at det var avklart hvilket system pasientene tilhørte. Diskusjonen om hvem som hadde myndighet til å beslutte at tiltak ble opprettet foregikk både internt og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Koordinatorrollen og dens utforming ble berørt av samtlige informanter. Det å kunne fungere som koordinator og inneha beslutningsmyndighet i rollen ble fremhevet som ønskelig, spesielt av koordinatører og ledere. Enkelte koordinatører hadde liten eller ingen innflytelse på avgjørelsene hos ansvarlige instanser. De hadde heller ikke noen innvirkning på hvordan tiltaksbehov ble definert og hvordan samarbeidet skulle foregå. Et annet tema som mange omtalte var koordinators egnethet og stabilitet i rollen. Brukerne var mest opptatt av egen relasjon til koordinator, mens de profesjonelle informantene først og fremst vektla at koordinator måtte være ryddig, ha oversikt, kjenne systemet, kunne delegere og ha naturlig autoritet. Videre syntes brukers ønsker og forutsetninger for å nyttegjøre seg hjelp å ha betydning for hvordan

IP fungerte som samhandlingsverktøy. Det lettet prosessen at brukerne var i en situasjon der de ønsket hjelp, at de samarbeidet med tjenesteyterne og hadde et funksjonsnivå som gjorde at de hadde forutsetninger for å nytte seg en IP og det eksisterende hjelpeapparat. Om bruker derimot ikke ønsket hjelp, var svært ambivalent eller hadde liten forståelse av IP, hadde IP liten funksjon som hjelpemiddel.

Generelle funn

Analysene har tydeliggjort at IP vanskelig kan studeres utenfor den konteksten den er en del av, som ressurser/økonomi, lovverk, forvaltningsnivå, personvariabler, samt behandlingen og omsorgen som for øvrig ytes overfor brukerne. I noen planprosesser var det så høy grad av kompleksitet, med uavklarte tilstander og tiltaksbehov, at IP i praksis var ikke-eksisterende. Dette gjaldt primært brukere med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse og ungdom med komplekse og uavklarte tilstander. Ingen ville påta seg koordinatrollen, og det var krevende å avklare hvilke instanser som skulle ha ansvar for hva. I disse sakene syntes det vanskelig å snakke om brukermedvirkning, da utfordringene lå utenfor brukerens påvirkningsmulighet. I andre prosesser fungerte IP etter intensjonen, og planarbeidet på sitt beste kunne gi en synergieffekt i form av å bidra både til en godt koordinert helhet og fungere som et tilnærmet terapeutisk verktøy. De prosessene der IP fungerte godt og der bruker var fornøyd både med IP og behandlingen, hadde en del kjennetegn tilfelles. Jeg laget en oversikt over disse, ordnet etter om de var knyttet til tjenesteyter eller bruker:

Tjenesteyters tilrettelegging for brukermedvirkning:

- Tilpasser overganger, dvs. skifte av systemtilhørighet og behandlere ved gradvise og forberedte overgangsprosesser
- Tjenesteyterne og tiltakene er fleksible og tilpasser seg, så langt det er mulig, til brukerens behov
- Bruker et forståelig språk, uten for mye fagterminologi
- Legger til rette for dialog og lytter til brukeren
- Små, trygge, forutsigbare ansvarsmøter, som gjerne er forberedt av bruker og koordinator i fellesskap
- Koordinator liker bruker, og ser og nyttegjør seg pasientens ressurser
- Koordinator bruker tid sammen med bruker
- Deltagende aktører i planarbeidet har et forpliktende samarbeid, i form av at de følger opp avtaler og stiller på møter
- IP brukes aktivt, og gjerne som agenda på ansvarsgruppemøtene
- Koordinator lager IP sammen med bruker, og bruker tid på prosessen, samt evaluerer IP jevnlig

Kjennetegn ved bruker og brukers situasjon:

- Opplever til enhver tid å ha passe mye ansvar i eget planarbeid
- Er tydelig, dvs. tør å si fra hvordan vedkommende vil ha det, og tør å delta på møter
- Opplever at det er *min plan*, *mine valg* og *mine ord* i planen
- Opplever selvbestemmelse eller medbestemmelse, justert etter hva vedkommende trenger og ønsker
- Opplever respekt, støtte og tiltro fra tjenesteyterne og kjenner seg trygg på dem
- Føler seg tatt på alvor og blir lyttet til
- Stoler på og liker koordinator
- Ønsker hjelp og samarbeider med tjenesteyterne
- Har realistiske forventninger til hva IP og planarbeidet kan bidra til
- Forstår hva som foregår i planarbeidet og husker planer og avtaler
- Har en forholdsvis avklart diagnostisk tilstand, om enn alvorlig, der det eksisterer egnede tiltak, noe som gjør det mindre uklart hvilke instanser som skal ha ansvar for hva

I de vellykkede IP-prosessene var det et samspill mellom brukere og tjenesteytere i den forstand at koordinators (og andre tjenesteyteres) kompetanse, opplæring, handlingsrom og syn på bruker interagerer med brukers behov for hjelp, ressurser og syn på sine tjenesteytere. I tillegg ble betydningen av kompetanse hos eller rundt koordinator tydelig. Noen var erfarne koordinatorene med stor faglig autoritet. Andre var unge og nyutdannede, men de arbeidet i institusjoner der de hadde fått god opplæring og hadde tilgang på veiledning i bruk av IP, i tillegg til at de kunne bruke tid på planarbeidet. Ofte fortalte de også om god støtte i erfarne terapeuter og fastleger som tok mye ansvar.

Det er i materialet 12 hele «sett» der både leder (6), pasient/pårørende og koordinator er fra samme avdeling. Av de seks lederne var det to som hadde drevet systematisk implementering. De var begge fra sengeavdelinger (den ene hadde to store avdelinger under seg) der pasientene er over tid. Begge lederne så nytten av å arbeide systematisk og planmessig, noe de enten gjorde selv eller delegerte nedover, men uten å slippe taket i implementeringsprosessen. Disse to lederne rekrutterte til sammen 7 pasienter med koordinator fra avdelingen. To av pasientene var ikke så interessert i en IP og syntes å mangle forståelse for verktøyet, mens det hos to andre var ytre faktorer som uavklarte rammebetingelser og etatstilhørighet som vanskeliggjorde bruken av IP. I tre saker var det svært vellykkede IP-prosesser, og det var tydelig at koordinator hadde god kompetanse, mottok veiledning og fikk tid til å gjøre arbeidet. Blant de 12 pasientene var det også tre andre såkalt vellykkede saker (Gruppe 1, tabell 4) der de to lederne var på poliklinisk nivå. De hadde ikke gjennomført systematisk implementering, men begge hadde jevnlig gitt informasjon på møter, og den ene hadde i

tillegg etterspurt om IP var i bruk. Toppleder i samme system tok jevnlig opp temaet IP. I disse tre sakene var det et annet fellestrekk at koordinatorene var erfarne og trygge behandlere som tok kloke grep. Det var også rimelig velfungerende ansvarsgrupper i alle sakene. I de prosessene der IP fungerte på sitt beste, var det gjennomgående mønsteret at lederen hadde tro på IP, selv om ikke alle hadde gått systematisk til verks for å implementere IP i organisasjonen.

Den overordnede intensjonen med IP var det enighet om på tvers av alle aktørgruppene, både hos tjenesteytere og tjenestemottakere, men når det gjaldt hvordan IP ble opplevd i praksis, var det til dels store forskjeller. For pasienter, pårørende og koordinatore var IP for enkelte et godt terapeutisk verktøy, for andre ga det en god oversikt over tjenesteytere og tiltak, for noen innebar det «bare plunder», mens andre ikke kunne formidle om det hadde noen betydning verken i den ene eller andre retningen. Majoriteten av informantene mente at når IP ble brukt hensiktsmessig og det var mulig for bruker å nå sine oppsatte mål, kunne IP resultere i økt livskvalitet for bruker. Omtrent en fjerdedel av koordinatorene og lederne så på IP som noe de måtte gjøre, som et dokumentasjonskrav de ikke hadde tid til eller så nytten med. Omtrent halvparten opplevde enten IP som en støtte når det gjaldt å planlegge å gjennomføre tiltak rundt brukerne, mens de resterende var nøytrale eller avventende. Enkelte av tjenesteyterne og brukerorganisasjonene problematiserte at IP også ble brukt som et kvalitetssikringsdokument for enkelte typer lidelser, og at helsetilsynet og kontrollkommisjonene kun var opptatt av å telle planene uten å se på kvaliteten ved dem. Med andre ord: IP ble brukt for å oppfylle flere ulike mål og krav på samme tid, noe som ble problematisert av mange av tjenesteyterne.

6. Diskusjon

I den følgende diskusjonen vil jeg reflektere over IP som verktøy og hva denne studien belyser når det gjelder å forstå hva som hemmer og fremmer implementering og bruk. Diskusjonen vil ha utgangspunkt i studiens teoretiske referanseramme og er en videreføring av drøftinger i artiklene.

Betydningen av hvordan IP ble innført

På overordnet nivå var det ingen av informantene som stilte spørsmål ved intensjonen med IP, bare ved utforming og bruk. Dette kan tyde på at IP kunne blitt tatt bedre imot som et

fornuftig hjelpemiddel enn det faktisk ble, om man hadde valgt en bedre implementeringsstrategi. Myndighetene benyttet seg av det Proctor mfl. (2009) omtaler som en spredningsstrategi (*dissemination strategy*); det vil si at informasjonen om IP ble spredd til aktuelle parter uten at den ble fulgt opp med systematisk implementering eller med føringer på hvordan ledere skulle ta i bruk IP i sin organisasjon. Både i henhold til denne studien og til egen erfaring i feltet ble den innledningsvise spredningen av informasjon møtt med et ønske om klarere retningslinjer for hva IP var ment å være, bedre opplæring, felles maler, mer tid til å gjøre jobben og klarere ansvarslinjer. Reaksjonene er ikke overraskende om man sammenholder med forskningen til Bero mfl. (1998), Damschroder mfl. (2009), Forsetlund (2010) og Unützer (2012). En vellykket implementering av tenkemåter og verktøy som skal benyttes på et bredt nivå i samfunnet, krever en langt mer gjennomarbeidet plan enn det som ble benyttet. I henhold til Weiner (2009) inneholder en implementeringsprosess tre nivåer: politisk nivå, organisasjonsnivå og individnivå. I og med at innføringen av IP har vært toppstyrt, i betydningen politisk besluttet, ville det vært hensiktsmessig om helsemyndighetene hadde inntatt en lederrolle. Dette ville medført at de i større grad hadde arbeidet med å klargjøre organisasjonene (helse- og sosialvesenet) for å få de ansatte med på å se behovet for, og kjenne et eieforhold til, endringene som skulle komme. Da IP ble lovfestet var det ingen endringsforberedthet i organisasjonene. Dette handlet om manglende kunnskapstilførsel og manglende fokus på det å vinne toppledernes tro på ideene som skulle innføres (jfr. Rogers, 1995). Hvordan implementeringen har foregått i de enkelte organisasjonene er selvsagt også viktig. Bare unntaksvis har jeg funnet at lederne benyttet seg av organisatoriske elementer, som tydelige målbeskrivelser, systematisk opplæring, påminnere, teknisk støtte, ledelsesforankring og gode rollemodeller (Damschroder mfl., 2009; Ogden, 2008; Wensing & Grol, 1994). Det har heller ikke fremkommet tegn på at helsemyndigheter eller ledere har hatt individuelle motivasjonsfaktorer for øyet, som at de ansatte kunne få noe positivt ut av omleggingen til IP i egen hverdag eller at de kunne få delta i utviklingen av ideer om hvordan implementeringen skulle gripes an.

Lederne jeg intervjuet beskrev mange hindringer som skulle forseres når det kom til implementeringen av IP. Mange kom med hjertesukk om stadig økende dokumentasjonskrav, noe IP også ble opplevd som, koplet mot stadig mindre tid til å gjøre oppgavene de som ledere var pålagt. At det skulle rapporteres om bruk av IP så ut til å øke muligheten for at IP ble tatt i bruk fordi man måtte, slik at nytteverdien og pasientenes beste kom i bakgrunnen. På den annen side kan det være et nødvendig press å vite at man «tittes i kortene». Selv om det i

implementeringsøyemed kan være hensiktsmessig å rapportere om antallet planer som er utarbeidet, gir dette lite informasjon om kvaliteten på planarbeidet. Mangel på tid ble angitt av flere ledere som hovedårsaken til at de ikke hadde gått inn for en systematisk implementering av IP i egen organisasjon. For øvrig rapporterte enkelte manglende tro på at IP kunne utgjøre en forskjell slik den var utformet og forankret. Flere fremhevet frustrasjon knyttet til uavklarte ansvarsforhold når det gjaldt igangsetting og koordinering av planarbeidet. Andre igjen var derimot av den oppfatning at IP var nyttig i sin nåværende form, at dette uansett var oppgaver som man burde gjøre, eller allerede gjorde, og at det handlet om hvordan man organiserte seg. Hvordan disse forskjellene i ledernes måte å tenke om IP på kan forstås, er det vanskelig å si noe generelt om. Utfra de foreliggende intervjuene kan det synes som ledere for døgnavdelinger der pasientene er over litt tid, så nytten i noe større grad enn polikliniske ledere; trolig fordi en døgnavdeling i større grad enn poliklinikkene tar et helhetlig behandlingsansvar. Slik lederne og koordinatorene formidlet sine erfaringer synes det som de ansattes holdning til egen leder og til nye ideer og pålagte endringer generelt fikk betydning for implementeringsprosessen. Det ble også rapportert om organisasjonskulturer med ulike holdninger til endringer. Likevel snakket lederne lite om samspillet med medarbeidere i utformingen av organisasjonskulturen. Til sammen gir dette et bilde av hvor mange, og potensielt kompliserende, elementer det er som spiller inn i en implementeringsprosess.

IP ble innført fordi pasientgrupper ikke mottok tilstrekkelig hjelp og fordi hjelpen var for dårlig koordinert. Flere andre forskere har pekt på en sammenheng mellom økt bevissthet om disse temaene og den styringslogikken som ligger i NPM, og som begynte å prege offentlig helseforvaltning i Norge fra 80-tallet av. Både Askheim og Starrin (2008) og Lieng (2008) beskriver hvordan NPM bidro til økt oppmerksomhet på resultater, effektivitet, standardiseringer, kvalitet, kontrakter og syn på pasienten som kunde. Og selv om IP var ment som et hjelpemiddel overfor den enkelte bruker, ble den raskt et element som også inngikk i myndighetens kontroll med ressursbruk og kvalitetssikring. Blant annet kom det pålegg om å rapportere inn antall IP'er som ble utformet ved en behandlingsenhet. Det er grunn til å spørre om dette er et forsøk på «å ri flere hester samtidig», og om kontrollelementet virker inn på hvordan IP blir forstått og brukt. Den positive siden ved innføringen av NPM er fokuset på brukers rettigheter (kundeanalogen) og ønsket om individuelle tilpasninger av hjelpetiltak. Offentlig forvaltning kan være preget av for lite fokus på individets behov, mens NPM på sitt beste bidrar til en økt nyansering av behovet for individuelle tilpasninger, og kan i noen tilfeller sette et påkrevet fokus på bruk av evidensbaserte metoder og økt effektivitet. Dog er

det flere dilemmaer ved fremveksten av NPM i helse- og sosialvesenet. Selv om hensikten har vært å skape ryddige organisasjons- og styringsforhold, er det også grunn til å stille spørsmål ved om NPM har skapt mer fragmentering i offentlig forvaltning. Eksempelvis kan bestiller/utfører-modellen, som majoriteten av landets kommuner opererer med i dag, tidvis bidra til økt byråkratisering og at oppmerksomheten på de individuelle behovene blir borte i prosessen. Dette ble problematisert av noen av informantene i min studie. NPM består av elementer som kan være motstridende. På den ene siden ønskes det valgmuligheter til brukeren, mens det på den andre siden innføres sterkere kontroll og styring gjennom ulike forskrifter. Et annet dilemma er knyttet til ideen om det frie valg; hvor reelt er dette når det kommer til helsesektoren, og da spesielt til psykisk helsevern? For å kunne velge må bruker både være informert, kunne fortolke den informasjonen som blir gitt samt ha mulighet til å velge mellom aktuelle og realistiske behandlingstilbud som måtte foreligge. Jeg har pekt på hvordan brukerne i dette materialet ofte ikke hadde forutsetninger for å forstå, og - enda viktigere - hjelperne hadde liten eller ingen innflytelse på økonomiske rammer som muliggjorde ulike behandlingstilbud.

IP som bidrag til økt samhandling og koordinering

I den gruppen der IP ikke fungerte etter intensjonen (Gruppe 2 tabell 4) er det åpenbart at IP ikke bidro til økt samhandling og koordinering, men også i Gruppe 2 (de 10 vellykkede sakene) er det usikkert i hvor stor grad det var *IP* som bidro til samhandlingen. I noen av disse prosessene var det tjenesteytere og organisasjoner som allerede hadde et godt samarbeid og pasientgruppa som helhet hadde en noe mer definert problematikk. IP viste seg som sagt ikke å ha noen effekt når det var snakk om å utløse ressurser, avklare hvilke instanser som var ansvarlige for hva eller løse samarbeidsproblemer. IP kunne, verken som plandokument eller prosess være et bidrag til et koordinert, helhetlig tilbud på brukers premisser når disse rammebetingelsene ikke var avklart. Dette er vansker som må løses på et nivå der de reelle beslutningstakerne møtes, og der avgjørelsene må gå forut for at IP tas i bruk som et planverktøy for den enkelte bruker. Å avklare ansvarsforhold og ta beslutninger er en krevende øvelse i et landskap som ikke er helhetlig organisert. Internasjonalt er det pekt på noen av de samme utfordringene når det gjelder *integrated care* modellene (Grone mfl., 2001; Hutschemaekers, Tiemens, & de Winter, 2007; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Leichsenring, 2004).

Når flere mennesker arbeider innfor et system må arbeid og funksjoner fordeles for å sikre at organisasjonen kan oppfylle sin målsetting. Dette er vel etablert organisasjonsteoretisk kunnskap (Schein, 1983). Dette gjelder selvsagt også for arbeidet med en IP. Hvordan arbeidet mellom deltakerne skal fordeles, spørsmål om instruksjonsmyndighet og gitte roller er en utfordring som ikke underlettes av lovverket med tilhørende forskrifter. Ved et par av poliklinikkene i materialet formidlet lederne at det var et tett samarbeid med kommunen. Det hadde vært felles opplæring på tvers av grensene mellom første- og annen-linjetjenesten og felles veiledningsgrupper for koordinatorene. Lederne hadde deltatt på oppstartmøter og det var i det ene tilfellet lagt planer for samarbeidet om IP. Dette er eksempler på hvordan man har forsøkt å løse organisasjonsmessige utfordringer. Det synes å fremme nytteverdien av IP at tjenesteyterne opplever at de har et felles ansvar for pasientene, at de har en gjensidig forståelse av rollefordelingen seg imellom, at de kjenner hverandre godt nok til å ha tiltro til hverandres vurderinger og at de samspiller godt i det å støtte opp under brukernes mål. Både det at tjenesteyterne klarer å inkludere hverandre i en balansert drøfting som gir samtlige en opplevelse av å bli hørt (jfr. deliberativ teori) og at man som team klarer å etablere en relasjon til brukeren der saklig informasjon (instrumentalitet) kombineres med følelsesmessig nærhet (Zahl-Begnum mfl., 1988) er elementer som ofte gikk igjen i de vellykkede IP-prosessene i dette materialet. I de planprosessene som ikke fungerte slet koordinatorene ofte med å finne sin rolle, både ut i fra egne forutsetninger og fordi det ikke var tilrettelagt for at koordinatorene kunne utføre koordinatørarbeidet på en hensiktsmessig måte. Dermed hadde ikke koordinatorene forutsetninger for å skape seg tilstrekkelig handlingsrom for å utøve rollen. Det handlingsrommet vedkommende hadde, var i realiteten heller ikke i samsvar med mandatet i planarbeidet. Flere av tjenesteyterne i studien tematiserte koordinatørens mandat og hvorvidt det burde utvides til å innebære beslutningsmyndighet for å oppnå intensjonen med IP.

IP som organiserende verktøy kan ikke løsrives fra de behandlings- og omsorgstiltakene pasientene mottar og heller ikke fra måten tjenestene er organisert på. Alle delene interagerer med hverandre, og klarer man ikke å utvikle hensiktsmessige tiltak, er det lite substans i IP som plandokument. Slik kan uavklarte ansvarsforhold, manglende ressurser og samhandlingsutfordringer være problemet, mer enn en manglende IP. Dårlig samhandling er, i henhold til dokumentasjonen som ligger til grunn for samhandlingsreformen, en av de største utfordringene i dagens helsevesen (St.meld. Nr.47 (2008-2009)). Det rammer pasientene og det er ressurskrevende når tiltak ikke er koordinert. Når heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem, er det åpenbart behov for en del nytenkning for å

oppnå reformens målsetting om gode helhetlige pasientforløp. Uavklarte rammebetingelser er utfordrende så lenge et forvaltningsnivå ikke har instruksjonsmyndighet over et annet.

Brukermedvirkning og IP

Så lenge en av intensjonene med innføringen av IP er å styrke brukermedvirkningen er det viktig å stille spørsmålet: Har brukerne den plassen de bør ha i prosessen med planarbeid og utforming av tjenestetilbudet? Blir de hørt og sett på egne premisser? Brukermedvirkning vil i denne sammenhengen si å styrke brukers posisjon, slik at vedkommende kan bli en mer aktiv og likeverdig part i samhandlingen. Noen ledere var usikre på hvor vesentlig brukermedvirkning var når det kom til den praktiske utformingen av tiltak, men fremhevet at brukermedvirkning uansett er en viktig demokratisk rettighet. Antonsen (2008) og Rise (2012) fant i sine studier at brukermedvirkning på organisasjonsnivå hadde lite for seg. Det utgjorde ingen forskjell med brukerråd eller brukerrepresentanter inn i ledelsen av en avdeling når det gjaldt utforming av tjenester. Derimot utgjorde det en forskjell at brukermedvirkning ble satt i system når det gjaldt den behandlingen enkeltpasienter mottok. Herværende studie viser at IP i noen tilfeller kunne være et hensiktsmessig verktøy når det gjelder å legge til rette for at brukers stemme ble hørt, spesielt i de sakene der rammebetingelsene var avklart og bruker og tjenesteytere samarbeidet bra. På sitt beste så det ut for at IP kunne være et helsefremmende hjelpemiddel. Slik erfaringene med IP ble formidlet, fordret dette at bruker var aktivt med på å formulere mål og tiltak på egne premisser, at mål ble nådd, at vedkommende hadde eller fikk kunnskap og kompetanse og opplevde respekt og gjensidighet i møte med hjelpeapparatet. I henhold til Wilkins mfl. (2001) er det en forutsetning at pasientene selv må være villige til å bli involvert i samarbeidet, helst som en likeverdig part. De vellykkede IP-prosessene var som nevnt kjennetegnet av at tilstanden var rimelig avklart diagnostisk, og at det som en følge av dette var mindre uenighet knyttet til vurdering av egnede og nødvendige ressursbehov og tiltak. I disse tilfellene ønsket bruker hjelp, fant mening i IP-arbeidet og samarbeidet med hjelperne. Gitt dette som bakteppe fremstod partene som likeverdige, handlende aktører i planprosessen. De fjernet seg i så måte fra de tradisjonelle ekspert-hjelper-rollene. IP bidro til mindre krisepreget arbeid og planen ga en god oversikt over involverte instanser med kontaktinformasjon, ansvarsområder og tidsfrister. Det siste fremhevet flere pårørende som spesielt viktig. Det fremmet både forutsigbarhet og trygghet for dem.

Betydningen av gjensidighet, sympati og tilpasset ansvar

I enkelte av sakene i materialet var det krevende å få til gjensidighet i samarbeidet. Brukerne unngikk i stor grad å forholde seg til behandlingsapparatet og kunne i perioder aktivt trenere tilbudene. Dette satte gjensidigheten og samarbeidskompetansen «på strekk». Det var lettere for tjenesteyterne å bidra når brukerne samarbeidet og foretok valg hjelperne støttet oppunder. Det er enklere å anerkjenne den andres perspektiv og trekke vedkommende inn som en likeverdig part når det ikke er stor grad av uenighet. Brukerne opplevde i så måte å få mer plass og likeverdighet i prosessene når det var samsvar mellom brukers ønsker og tjenesteyternes anbefalinger. Det kan ligge et element av institusjonell makt i dette, i form av at tjenesteyterne er de som vet best og legger premissene hele veien. I materialet finnes det også eksempler på at brukere fikk støtte på valg som tjenesteyterne ikke anbefalte. Relasjonen mellom brukere og tjenesteytere, først og fremst med koordinator, fremsto i denne sammenhengen som spesielt viktig. Om de ga uttrykk for at de likte hverandre og ønsket å samarbeide kunne de tolerere mer uenighet. En av brukerne som trenerte hjelpetiltakene, ville ikke ha hjelp og formidlet at han ikke likte hjelperne sine, og likeledes syntes det som de hadde problemer med å like ham. Et annet viktig aspekt er omfanget av ansvar som legges på brukeren. Flere av brukerne snakket om at de i perioder opplevde for mye ansvar, og at de noen ganger ikke var i stand til eller orket å ta valg. Oftest hører man det motsatte, at hjelpeapparatet overstyrer pasientene, og fortsatt er det nok i stor grad en tradisjonell paternalistisk holdning som rår i helsevesenet (Askheim & Starrin, 2008). Uansett synes det viktig at ansvarsoverføringen skjer i et passende omfang; at pasienten utfordres noe samtidig som ansvarsbyrden er avpasset til det vedkommende er i stand til der og da. For noen av brukerne i denne undersøkelsen var det nok å få informasjon, mens andre var i stand til å foreta reelle valg om egen situasjon og helse. Kickbush (2004) har hevdet at mennesker i dag ofte utsettes for et stort press om «å fikse livene sine» Dette gjelder nødvendigvis også de med psykiske lidelser I den vestlige verden er det mange valgmuligheter og stort fokus på den individuelle friheten, noe som indikerer at man kan velge seg bort fra mange helseutfordringer. Dette er et valg mange som sliter psykisk ikke er i stand til å ta. Derfor må tjenesteytere være seg bevisst balansen mellom ansvarliggjøring, overstyring eller neglisjering av brukers behov.

Empowerment – «bonus» i en hensiktsmessig IP-prosess?

Når brukere opplever en balansert brukermedvirkning, i den forstand at de får det ansvaret de ønsker og er i stand til å ta, reder det grunnen for å være «empowered.» I empowermentteori er makt et aspekt, og i denne sammenhengen er det relevant å vise til diskusjonen om hvorvidt det er mulig å legge til rette for makt og myndighet eller om makt *må tas*, noe Freire (1970) hevdet var en forutsetning for å oppleve empowerment. Mitt utgangspunkt er at det er mulig å legge til rette for både brukermedvirkning og empowerment. Men det forutsetter at man kjenner betydningen av å inneha kunnskap og kompetanse, oppleve frihet til å foreta egne valg og erfare seg som en likeverdig partner i IP-prosessen. Dette mener jeg noen av tjenesteyterne i materialet bidro til med måten de fylte koordinatørrollen på. Innen empowermentteori er individer sett på som proaktive. Det å være proaktiv er noe helsearbeidere kan støtte oppunder ved å styrke pasientenes deltakingskompetanse og gi denne kompetansen vekstvilkår (Vik, 2008). Noen få av brukerne hadde i løpet av intervjuperioden tatt grep om eget liv og behandling, med god støtte, og var ved annen gangs intervju i en situasjon der de uttrykte en opplevelse av å ha styring over eget liv. Andre opplevde ikke at de hadde fått økt styring, og rapporterte av prosessen med IP i den sammenheng ikke hadde vært til hjelp for dem. Hvorvidt brukerne opplevde IP som en støtte eller ikke har også noe å gjøre med hvordan interaksjonen rundt IP-prosessen har fungert og blitt fortolket av aktørene. Det som for én kan oppleves som kontroll kan av en annen oppleves som omsorgsfull støtte. Ingen brukere i mitt materiale rapporterte eksplisitt om at IP ble brukt som et kontrollverktøy, men et par opplevde at det ble for privat å oppgi sine mål og drømmer i planen, og én nevnte at det kjentes for forpliktende å ha alt skrevet ned. I så måte kan IP oppleves som kontrollerende. En kompliserende nyanse bør nevnes i denne sammenhengen. Under IP-prosessen var det en av brukerne som aktivt unngikk å skrive ned sine mål. Dette formidlet han under intervjuet som en forestilling om at skriftliggjøring for ham var likestilt med overvåkning. Dette hadde ikke brukeren formidlet til sine hjelpere. Slik kan IP i bestemte situasjoner bli sett på som nettopp et uønsket kontrolltiltak.

Brukernes behov for livskvalitet og en god allianse

Innledningsvis ble, som beskrevet under innledningen, økt livskvalitet trukket frem av myndighetene som et mål for IP, men dette ble senere tonet ned og fjernet. I svarene fra spørreskjemaet svarte 116 av 159 fagansatte at de trodde IP kunne bidra til økt livskvalitet for brukerne (se vedlegg 5). Jeg etterspurte refleksjoner rundt IP og livskvalitet i intervjuene, og

brukerne ble spurt om hva livskvalitet var for dem. De fleste snakket generelt om det å ha det bra, om å kunne jobbe/gå på skole, tjene penger, være friske og gjøre det de ville. Tjenesteyterne var de som i minst grad mente at IP kunne bidra til økt livskvalitet, mens enkelte brukere mente at det å ha en IP kunne være et bidrag. Noen pasienter hadde et aktivt forhold til egen IP og formidlet at både de selv og hjelpeapparatet derved ble mer målrettet i sitt arbeid, og når alle trakk i samme retning kunne IP bli en viktig brikke i behandlingen og derved bidra til økt livskvalitet. Flere trakk frem at det var koordinator og dennes støttefunksjon som nok var den største kilden til økt livskvalitet. I tillegg vektla enkelte brukere og flere av de pårørende det at planen ga en konkret oversikt over kontaktinformasjon, ansvarsområder, planer, tiltak og vedtaksperioder, og at denne oversikten fremmet en trygghet som indirekte kunne være med på å fremme livskvalitet. Dette gir en indikasjon på at det av og til er enkle grep som gjør en forskjell. For øvrig har forskjellige brukergrupper forskjellige behov når det gjelder utformingen av koordinatorrollen. Pasientene i min studie, og trolig innen psykisk helsevern for øvrig, hadde mer behov for en god relasjon enn hva Holck (2004) fant i sin studie av foreldre til barn med funksjonshindringer. Blant disse foreldrene var det effektivitet og systemkunnskap som ble fremhevet som det viktige hos en god koordinator, noe enkelte av foreldrene i mitt materiale også mente. Dette viser at ikke bare blir IP brukt på forskjellige måter, men at koordinator må tilpasse seg de forskjellige brukernes behov.

Noen brukere hadde behov for mye trygghet, oppmuntring og kunnskap for å tørre å delta i eget planarbeid. Det synes dermed å optimalisere bruken av IP om koordinator har evnen til å utvikle en god arbeidsallianse med bruker. I den sammenheng ble også koordinators evne til å skape en god dialog fremhevet. Kommunikasjon er ikke bare vesentlig for alliansens del, men er også veien til meningsdannelse, i form av å skape en forståelse av hva IP er og hvordan planarbeidet kan foregå. Koordinatorene i de prosessene der bruker var fornøyd, ser nettopp ut til å mestre kommunikasjonen, og de evnet og ta både personperspektivet (subjektivering) og problemperspektivet (objektivering) på alvor parallelt (Ekeland, 2007). I de velfungerende IP-prosessene gjenfinnes også enkelte variabler som er virksomme i terapi. Dette er først og fremst faktorer som betydningen av å ha en god allianse og erfare måloppnåelse (Duncan, 2010). Måloppnåelse fremmer ofte mestring, og slik noen av informantene formidlet sine erfaringer synes det som en opplevelse av økt SoC og økt livskvalitet var et resultat. Fellesnevneren mellom en IP-prosess og en terapeutisk prosess er at det ofte er et mål å skulle løse et problem eller bedre en vanskelig situasjon. For å oppnå en løsning må det formuleres

mål, og pasienten må bli i stand til å bruke egne ressurser og bygge opp under egen styrke for å fremme mestring (Norcross, 2002; Thesen & Malterud, 2001). Dette er gjenkjennelig fra de overordnede målene med IP, og til en viss grad er det dette som har funnet sted hos noen av de mest fornøyde brukerne i min studie. Disse brukerne har vært i en prosess som kan forstås som helsefremmende. Nå er det også noen klare vesensforskjeller mellom en IP-prosess og en terapi. IP fungerer på systemnivå og skal bidra til at behandlingssystemet yter helhetlige tjenester. Terapi er oftest en «to-person-modell» der det gjerne handler om bearbeiding av følelser og opplevelser, og relasjonen og kommunikasjonen er på mange måter selve verktøyet i terapiprosessen.

IP i lys av internasjonale modeller

Når det gjelder forankringen av IP som brukers plan, er dette tyngre vektet enn i de forskjellige modellene av *integrated care* og *case management*. Disse modellene har hovedfokus på organiseringen av tjenestene. Dette er riktignok til brukers beste, men brukermedvirkning i seg selv er ikke et eksplisitt formulert mål. *Assertive community treatment*- og *intensive case management*-arbeidet har i større grad vektlagt brukers stemme, da tjenesteyterne hele veien arbeider sammen med bruker. I de øvrige modellene lages det heller ikke plandokumenter med målformuleringer på samme måte som det gjøres med IP. Betydningen av det relasjonelle aspektet fremheves som vesentlig både av informantene i min studie, samt av andre som nasjonalt har forsket på brukermedvirkning og IP (Brattrud & Granerud, 2011; Rise, 2012), og ikke minst er det gjenkjennelig fra forskning på CM (Goodwin, 2011) og ACT-team (Falk & Allebeck, 2002). Både IP og de internasjonale ekvivalentene har som mål at tjenestene pasientene mottar skal fremstå som koordinert og helhetlige. En sammenlikning med Danmark og deres *Individuelle handleplaner* viser at de har lagt seg på en linje der det er behandlingsapparatets plan som brukes for å sikre et integrert behandlingsopplegg. Planen er først og fremst tenkt som et verktøy overfor brukere av sosialtjenesten som har institusjonsbehov. Det er uttrykt at man skal tilstrebe brukermedvirkning i alle ledd. Danmark, som på mange måter er sosialpsykiatriens vugge og der pasientrettighetene og brukermedvirkningen tradisjonelt sett har stått sterkere enn i Norge, legger seg altså på en linje der planen først og fremst er tjenesteyternes plan og planverktøy. Det samme gjør Sverige. IP skiller seg i så måte noe fra de øvrige verktøyene eller arbeidsmodellene som brukes i våre naboland og i den vestlige verden. Det som derimot ikke skiller seg ut er utfordringer med bruk. Både i Danmark og Sverige viser tallene at deres

individuelle planer ikke brukes i det omfang eller på den måten som intensjonen tilsier. Jeg kjenner ikke til tall som sier noe om omfanget internasjonalt, men jeg har observert at det er et gjennomgående tema at helhetlige og koordinerte tjenester er krevende å få til for pasienter med sammensatte behov. Dette fremkommer også i denne studien.

Praktiske implikasjoner

Hvordan skal vi organisere oss for å imøtekomme «hele mennesket»? Denne undersøkelsen viser at IP i mange saker ikke bidrar til dette. Altfor ofte behandles deler av klientens problematikk av ulike fagfolk uavhengig av hverandre, og det er vanskelig å få på plass nødvendige hjelpetiltak. Ett tiltak her ville være å styrke koordinators posisjon. Koordinator bør være i nær kontakt med brukeren over tid, og ikke bare i et par-tre møter i løpet av året, slik enkelte er. Dernest bør en koordinator, innen visse rammer, ha et utvidet mandat til å fatte beslutninger om opprettelse av tiltak for å sikre at planer blir iverksatt. Hvor finner man så slike koordinatore? Noen har foreslått at koordinatorrollen profesjonaliseres med egen tilleggsutdanning og spesielle og utvidete mandater til å følge saker over tid. Spørsmålet er om det vil bidra til en bedre IP-prosess for brukeren, eller om koordinator fortsatt vil sitte maktesløs overfor de andre instansene som er involvert i saken, og som har sine gitte rammer? En slik løsning kan fort resultere i at de personene som får oppgaven ikke tilskrives den nødvendige faglige tyngde og innflytelse for at planer kan bli realisert. Mye synes å tilsi at fagpersoner som utpekes som koordinatore bør sitte i en posisjon som innebærer en viss makt og beslutningsmyndighet. Fastlegen har vært foreslått, og med tanke på at vedkommende ofte har god oversikt over helheten og er den som henviser og mottar epikriser, er dette et godt utgangspunkt. Det springende punktet her er fastlegens manglende tid og tilgjengelighet. Behandlere innen spesialisthelsetjenesten kan også synes som et hensiktsmessig koordinatorvalg når det gjelder noen av sakene som er tungt forankret her. Uansett bør det være brukers mål og tiltaksbehov som styrer valget av koordinator. I de planprosessene som fungerte best i denne undersøkelsen hadde koordinator en rolle som innebar mer enn bare å være koordinator, og det i seg selv er et relevant poeng.

En overordnet problemstilling i denne sammenhengen er hvordan helse- og sosialomsorgen er organisert. Både i Norge og andre europeiske land preges organiseringen av selvstendige systemer som fatter sine egne beslutninger innfor egne økonomiske rammer. Det er oftest vanntette skott mellom systemene. Brukergruppen vi her snakker om har store behov på flere

områder, knyttet til somatisk helse, psykisk helse, sosial støtte, skoletilbud og arbeidstilbud. De senere år har både pasient- og brukerrettighetsloven, retten til IP og nå samhandlingsreformen trådt i kraft. Alle er tuftet på gode intensjoner om å få til helhet, sammenheng og kontinuitet for nettopp å bedre tilbudet til blant andre denne gruppen. Men det er åpenbart at helse- og sosialomsorgen ikke er tilstrekkelig godt organisert for å ivareta behovene til brukere med sammensatte problemer. Dette handler om å fatte beslutninger som griper inn i virksomheten til flere av systemene, sikre nødvendig finansiering og tydelig plassering av ansvar. At noen brukere har behov for svært kostbare tiltak, vil uansett være en utfordring, men det hadde vært ønskelig å unngå noen av de «kampene» som foregår i dag når det er snakk om hvilke systemer som skal utløse hva av midler. En mulighet er at det opprettes såkalt frie innsatsmidler til bruk i de mest komplekse planprosessene. Disse midlene kan brukes til å sette inn en spesialisert koordinator med beslutningsmyndighet, tilsvarende en form for *intensive case management* (Neale & Rosenheck, 1995) eller et ACT-team (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001). En annen vei å gå kunne kanskje være å reservere bruken av IP til en mer avgrenset gruppe av brukere med sammensatte problemer, og gi koordinator utvidede fullmakter i slike saker. Da kunne man heller redusere kravet om IP overfor andre brukergrupper. Kravene om at hvert forvaltningsorgan utformer sine behandlings- eller tiltaksplaner for brukeren måtte nødvendigvis opprettholdes. En slik differensiering mellom forskjellige brukergrupper kunne muligens sikre at IP ble et mer reelt og mindre rituelt redskap i praksisfeltet.

Et annet hovedspørsmål er knyttet til strategiene lederne velger for å implementere IP i sine respektive organisasjoner. Denne undersøkelsen har pekt på mangelfull implementering både på statlig og organisasjonsmessig nivå. En vellykket implementering krever at hele organisasjonen er involvert. De ansatte, både ledere og øvrige ansatte, må se det nye verktøyet som både relevant og nyttig i sitt arbeid. Slik var det ikke i flere av sakene som ble fulgt i denne undersøkelsen. Det har ikke bare skortet på opplæring, men like mye på at fagfolkene har sett nytten av IP i egen arbeidssituasjon. Dette henger, ikke minst, sammen med utfordringene knyttet til koordinatorrollen, som omtalt ovenfor. Men det henger også sammen med at brukerne av IP er ulike. Wilkins mfl. (2001) peker på dette når han sier at: *Participants often describe the ideal client who would benefit from client-centred practice as someone who is cognitively intact, insightful with good problem solving skills. However, the majority of clients who need occupational therapy do not have these characteristics.* Det samme har kommet tydelig frem i herværende studie. Det er lettere å få til gode hjelpetiltak sammen med

pasienter som ønsker hjelp og har ressurser til å ta den imot. Det å søke fleksible og egnede måter for å involvere alle typer pasienter i avgjørelser og behandling, vil være nødvendig i fremtidig planlegging av helsetjenestenes organisering. Tid, nærhet og kunnskap vil være nødvendige ingredienser i dette arbeidet. Innen psykisk helsevern kan det, sammenliknet med f.eks. somatikken, synes å være noen ekstra utfordringer når det gjelder bruk av IP. Grunnet lidelse og funksjonsnivå har ikke alle et realistisk bilde av gjennomførbarheten av egne mål og planer, noe som ofte handler om tidsperspektiv og rekkefølge på tiltak. Dette er en brukergruppe der det kreves tid, ekspertise og fleksibilitet for å gjøre bruk av IP på en hensiktsmessig måte.

7. Metodologiske refleksjoner

Målet med undersøkelsen var å få en dypere forståelse av hvordan IP ble tatt i bruk og fungerte som et hjelpemiddel i behandlingen av unge mennesker med psykiske vansker. Det har vært et praktisk rettet prosjekt med klinisk relevans, og har ikke hatt som mål å utvikle nye eller eksisterende teorier. I henhold til Kvale (1996) må metodevalg og design være relatert til objektet for studien og forskningsprosjektets mål for å sikre kvalitet. Spørsmålet er dermed om metodevalget reflekterer forskningsspørsmålet mitt i tilstrekkelig grad? Forskningsprosjektets overordnede målsetting ble beholdt gjennom hele prosjektperioden, men forskningsspørsmålet ble utviklet og finslipt i løpet av analyseprosessen og formuleringen av funnene. Dette er noe kvalitative forskningsmetoder tillater, og på mange måter krever; omtalt som *progressive focusing* (Greenhalgh, 1997), og handler om min sensitivitet i møte med det mangfold og den variasjon som ble avdekket i datamaterialet. Når det gjelder bruken av begrepene hemmer og fremmer fant jeg dem underveis noe problematiske da de kan henspille på en kausalitet jeg ikke kan si noe om med bakgrunn i mitt datamateriale. Dog gikk jeg tilbake til begrepene fordi de i stor grad favner de aspektene jeg ønsket å undersøke, om hvordan IP brukes, noe som kan sies å være en form for subjektiv kausalitet.

Bruk av dybdeintervju for å oppnå de ønskede beskrivelsene av informantenes erfaringer synes som et hensiktsmessig og uproblematisk valg. Overordnet metodologisk tilnærming og analyse for øvrig er en hybrid av flere modeller da jeg valgte å gjøre praktiske tilpasninger underveis, i tråd med hvordan egen kunnskap og prosjektet utviklet seg. Som nevnt har jeg hatt et fenomenologisk fundament der jeg har hentet inspirasjon fra flere tilnærminger.

Datainnhenting og analyse er detaljert beskrevet for at det skal være mulig å forstå hva jeg har gjort. Jeg har hele veien tilstrebet transparens, og jeg har sjekket ut nye grep og fortolkninger både med hva jeg tidligere har gjort og med veiledere og andre samarbeidspartnere. Den teoretiske referanserammen dannet et bakteppe for utviklingen av intervjuemaene og for fortolkningen av funnene, men jeg valgte å ikke bruke teoriene som ramme for de analytiske spørsmålene. Det var snarere en datastyrt analytisk tilnærming som ble valgt. Teoriene bidro i slutfasen av analysen til at drøftingen av funnene kunne forstås mer kontekstuell enn en ren evaluering av praksis ville gjort. Dette er i tråd med Habermas (1984) som påpeker at teoridannelse og utvikling av praksis er to forskjellige aktiviteter som ikke har direkte sammenheng; teori kan influere på praksis, men ikke reflektere kompleksiteten i virkeligheten.

Kunnskapsbasen, i betydningen valg av informanter og hva de formidlet, kan problematiseres. Kunnskapsbasen består av enkelthistoriene med de unike perspektivene, men først og fremst av den samlede analysen som går på tvers av materialet. Det vil si at jeg har hatt en primært nomotetisk tilnærming, der siktemålet har vært å si noe med en viss grad av lovmessighet ut ifra informantutvalget; dog uten at det er snakk om lovmessigheter av naturvitenskapelig karakter. Dette er i motsetning til en idiografisk tilnærming der fokus er på enkeltindividets erfaring. Bredden i informantgruppen og antallet informanter kan synes uhensiktsmessig for et kvalitativt prosjekt og går til dels på bekostning av dybden. At jeg allikevel gjorde dette informantvalget forsvares av forskningsspørsmålet siden jeg ønsket å se både på implementering og bruk i et utvalg som avspeilet bredden i psykisk helsevern og viste flere typer avdelinger som er involvert i behandlingen av unge mennesker. IP skal brukes innen hele spekteret av helse- og sosialtjenester, noe jeg ønsket å speile. Samtlige informanter hadde personlige erfaringer med IP og var brukere/pårørende, brukerorganisasjonsrepresentanter eller tjenesteytere innen psykisk helsevern. De var i kraft av sine roller, posisjoner og erfaringer relevante og troverdige aktører. Den valgte bredden i utvalget forsvares også ut ifra et trianguleringsperspektiv, i denne sammenheng kildetriadangulering, I tråd med Patton (2002) er det innen evalueringsforskning et krav om bredde, og triangulering er en anbefalt metode for å få frem flere perspektiver som igjen kan fasilitere en rikere og potensielt mer valid fortolkning. I og med at jeg ønsket å studere både implementering og bruk av IP ga de valgte informantgruppene erfaringer viktig informasjon om verktøyets forutsetninger for å bli tatt i bruk på en hensiktsmessig måte, både på system- og brukernivå. Triangulering forstås også som en måte å minske *bias* på. Det at forskjellige data kan bringes sammen for å belyse

varierte aspekter ved det fenomenet det forskes på, kan i henhold til Costongs og andre utdype mening og identifisere forskjellige forståelsesmodeller (Costongs & Springett, 1997; Patton, 2002). Jeg finner at de mange stemmene og perspektivene i materialet har gitt meg et troverdig og mangfoldig bilde av hvordan IP brukes. Jeg har også kunnet stille flere analytiske spørsmål til materialet i og med at jeg har hatt informanter i forskjellige posisjoner.

En av de største begrensningene ved studien er den manglende kontrollen med rekrutteringsprosessen når det gjelder pasienter. Lederne ble strategisk valgt for å dekke den bredden jeg ønsket når det gjaldt avdelinger representert i materialet. Men jeg fikk i praksis ingen innflytelse på hvordan lederne gikk frem for å rekruttere pasientene; som hva de formidlet og hvem som svarte ja og nei på hvilket grunnlag. Det ble også en viss skjevhet i og med at noen ledere rekrutterte mange pasienter mens andre ikke rekrutterte noen. Om dette har hatt noe å si for funnene er vanskelig å vite. Grunnet pasientenes fungering med hensyn til symptomtrykk og kognitiv fungering, ble intervjuene av varierende kvalitet, der noen var klart mer meningsmettede enn andre, og fikk derved mer plass. Enkelte metodeteoretikere hevder at det er en begrensning ikke å transkribere intervjuene selv da de mener de vil miste nyanser og eieforhold til eget materiale. Av praktiske hensyn fikk jeg hjelp til dette, og jeg mener en nøyaktig transkribering og muligheter til å høre på lydfilene sikret meg tilstrekkelig tilgang til hva informantene formidlet.

Betydningen av egen forforståelse

Forskningsprosjektet har utgangspunkt i et felt der jeg selv har vært deltaker og bidragsyter i form av å bedrive opplæring og veiledning i bruk av IP. I tillegg har jeg som kliniker brukt IP som planverktøy. Dette medførte dilemmaer som er velkjente innen kvalitativ forskning, der forskerens studium av egne beslutninger, tanker og handlinger i mange tilfeller regnes som en del av forskningsmaterialet (Malterud, 2003). Jeg vil hevde at det både har vært en styrke og en svakhet å bringe min egen erfaring inn i forskningsfeltet. Det sosialkonstruksjonistiske ståstedet jeg har anerkjenner forskerens medvirkning og rolle, men det kreves samtidig at jeg har en refleksiv holdning, det vil si at jeg stiller kritiske spørsmål om hvordan egen rolle, perspektiver og posisjon har spilt inn når det gjelder gjennomføring og tolkningsramme. Kjennskapen til pasientgruppa, psykisk helsevern og IP har hatt fordeler i en del sammenhenger. Tjenesteyterne ga uttrykk for at jeg fremstod som troverdig og stilte relevante spørsmål og flere kom med anerkjennende kommentarer knyttet til min erfaring med IP og

som koordinator, og min kjennskap til en pasientgruppe som kan være krevende å hjelpe. Jeg merket meg også at min terapeut- og psykosekompetanse var nyttig, og tidvis tryggende, i pasientintervjuene. I tillegg kjenner jeg feltet godt nok til at jeg kunne danne meg noen antakelser som ble viktige i arbeidet med å finne frem til egnede fremgangsmåter og utvalg. Jeg måtte samtidig aktivt distansere meg fra eget IP-arbeid i analyseprosessen da jeg merket at egne erfaringer lett preget hva jeg så etter i materialet. I henhold til Silverman (2004) er det vesentlig å tilstrebe balansen mellom forståelsen av feltet og opprettholdelsen av analytisk distanse. Jeg tilstrebet aktivt å sjekke ut egen forforståelse og se dette opp mot funnene i prosjektet og å foreta en ærlig refleksjon over hva som overrasket meg og hva jeg kjente igjen eller forventet å finne.

Subjektivitet relaterer seg til forforståelsen, og refererer i denne sammenheng til ideen om at sannhet er personlig, og dermed konstituerer virkeligheten. Det må i henhold til Giorgi (1994) et fortolkende subjekt til for at fenomenene skal stå frem for oss. «Oversatt» til denne studien betyr det at informantene formidlet sine subjektive erfaringer i møte med meg som forsker, og at jeg deretter gjorde mine subjektive fortolkninger av disse erfaringene, basert på egen erfaringsbakgrunn. Jeg erkjente at det var en smal grenseoppgang mellom fortolkning av data og det å påtvinge tolkningen en preeksisterende forståelsesramme bygget på egne erfaringer og antakelser. Kvale (1996) snakker i denne sammenhengen om *biased* subjektivitet, det vil si at materialet fortolkes i retninger vi allerede kjenner og at fortolkningen derved begrenses av eget repertoar. Dette vil kunne begrense studiens troverdighet. Jeg registrerte at jeg i analyseprosessen kunne legge mest merke til utsagn som støttet oppunder en kategori eller et tema jeg var blitt opptatt av. Ved å lese de transkriberte intervjuene og innholdet i kategoriene flere ganger tilstrebet jeg at jeg ikke skulle overse det som gikk imot, men jeg har ingen garanti for at dette ikke har skjedd på noe tidspunkt. Kvale (1996) og andre metodeteoretikere er opptatt av strategier for å forhindre en ureflektert subjektivitet. En tilnærming jeg brukte i den sammenheng var å legge til rette for at informantenes stemmer ble tydelige i møte med meg. Jeg stilte i utgangspunktet åpne spørsmål og lot informantene snakke fritt, men sjekket også ut om jeg hadde forstått dem riktig. Både Kvale (1996) og Creswell (2007) bruker begrepet kritisk subjektivitet som henspiller på at man som forsker forsøker å legge til rette for å forstå informantens mening, intensjon og erfaringsgrunnlag.

Hva har jeg egentlig undersøkt?

Nærhet til det man ønsker å studere styrker validiteten, eller gyldigheten, noe som ofte framheves som en fordel ved kvalitativ metoder (Greenhalgh, 2001). Med denne undersøkelsens validitet forstår jeg hvorvidt jeg har klart å fange opp det jeg faktisk lurte på, og om jeg har dannet et relevant grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene. Hvilke kunnskaper er det informantene faktisk har delt? Hvordan fortolker jeg det de har formidlet, og finnes det alternative fortolkninger? Dette er spørsmål jeg har stilt underveis. Analysens gyldighet blir derved et spørsmål om i hvor stor grad jeg har klart å få tak i hva informantene formidlet om sine erfaringer med IP, og transformere det, til nye meningsbærende strukturer som kan si noe om implementering og bruk. Informantene formidlet ikke bare sine erfaringer med IP, men også med behandling og andre tiltak de mottok og det var under analysen tidvis vanskelig å skille ut IP og IPs plass i det totale tjenestetilbudet. I så måte er det en fare for at jeg har sett vel så mye på det generelle behandlingstilbudet som IP i seg selv, men gjentatte gjennomganger av materialet og kategoriene ble brukt for i størst mulig grad å tydeliggjøre fortolkningene av informantenes utsagn og beretninger. Beskrivelsen av hva IP er og hvordan verktøyet skal brukes er på mange måter utydelig. Denne utydeligheten er med inn i det tilstandsbildet og den forståelsen av IP som informantene formidlet. Til tross for denne usikkerheten og utydeligheten, reflekterer informantenes beretninger hvordan IP og tjenestetilbudet ble oppfattet å fungere. At dataene og funnene er tett på informantenes beskrivelser medfører at validiteten øker. I og med at jeg har flere informantgrupper og et, i kvalitativ sammenheng, stort materiale mener jeg funnene gir en troverdig og gyldig beskrivelse av hvordan IP ble implementert og brukt.

Har funnene relevans og overførbarhet utover forskningskontekst?

Et forskningsprosjekt og en analyse bør «peke utenfor seg selv» for å gi mening, hvilket jeg har tilstrebet. Det er innen kvalitativ forskning ikke noe krav om representativitet verken når det gjelder utvalg eller funn, men det styrker studiens brukervennlighet at funnene har både overføringsverdi og relevans, der det sistnevnte regnes som det viktigste (Kvale, 1996; Malterud, 2003). Relevans handler om gjenkjennelighet og nytteverdi i form av at kunnskapen gir mening og er kontekstualisert. I tillegg kan kunnskapen være teoretisk og strategisk relevant. Informantenes beretninger om implementering og bruk av IP danner et bilde av hvordan IP fungerte i et gitt utvalg, i en gitt periode, innen psykisk helsevern.

Funnene gir kunnskap om hemmende og fremmende komponenter når det gjelder bruk av verktøyet IP. Mange brukere, tjenesteytere og ledere kan innen andre deler av helse- og sosialtjenestene tenkes å befinne seg i situasjoner der mange av de samme mekanismene som her vil være gjeldende; eksempelvis utfordringer med organisering, ansvarsfordeling, utløsning av ressurser, roller og relasjonelle komponenter. Dette er som nevnt gjenkjennelige utfordringer også i de forskjellige *integrated care*-modellene. Det samme gjelder implementeringen av IP. Også her er det aspekter som er gjenkjennelige fra internasjonal implementeringsforskning. Betydningen av ledelsesforankring, systematikk, endringsforberedthet, personlig motivasjon til å ta i bruk et nytt verktøy og en systematisk bruk av påminnere, er allmenngyldige tema på tvers av fagområder. Implementeringsfunnene har derved et bredere nedslagsfelt enn øvrige funn, som synes mer spesifikt knyttet opp til helse- og sosialvesenet. For å kunne sikre overføringsverdi av funn, utover det utvalget som ligger til grunn for dataene, er økologisk validitet nødvendig (Banister mfl., 2006). At undersøkelsen er naturalistisk i form av at det er informantenes nære erfaringer som danner grunnlaget for datamaterialet anser jeg som både en generell metodisk styrke og en styrking av økologisk validitet. Jeg tenker at kunnskapen som har fremkommet i denne studien, både har relevans og overføringsverdi, og fungerer på to nivåer, slik at: 1) tjenesteytere og enkeltpersoner innen helse- og sosialtjenestene får en kunnskap de kan gjøre bruk av i sitt daglige virke og 2) helsemyndighetene kan se det som et innspill til den alltid aktuelle debatten om hvordan helse- og sosialtjenestene kan organiseres mest mulig hensiktsmessig. Kanskje kan studien også bidra til at IP i fremtiden brukes mer som det verktøyet det er ment å være.

Er data innhentet og analysert på en pålitelig og systematisk måte?

Transparens, pålitelighet og systematikk i datainnsamling og analyse er andre vesentlige aspekter ved kvaliteten på et forskningsprosjekt. Vi påvirker på mange måter selv hva vi vil se, og for å motvirke *bias* er åpenhet og systematikk nødvendig (Kvale, 1996). Andre kan ikke gjenta min studie i detalj, men de skal kunne se og forstå hva jeg har gjort i ulike trinn i forskningsprosessen. Dette fordrer at jeg setter spørsmålstegn ved den fremgangsmåten jeg har valgt og de konklusjonene jeg trekker. Jeg har et rikt og komplekst materiale som rommer mye informasjon, og som er et produkt både av informantenes og mine fortolkninger. Dette gir *noen* bilder av «virkeligheten» – sett fra våre ulike ståsteder. Pålitelighet, forstått som konsistens og stabilitet, bygger i utgangspunktet på antakelsen om at det er mulig å innhente

data på en måte som er relativt uavhengig av forsker og instrumenter. Dette er i mindre grad gjeldende innen en kvalitativ undersøkelse som denne. Uansett bør det tilstrebes en dokumentasjon av prosedyrer og en tydeliggjøring av hva som er mine konstruksjoner (kategorisering og fortolkning) og hva som er informantenes utsagn. Jeg har foretatt alle intervjuene selv, og det er samme person som har transkribert samtlige intervjuer. Dette bidrar til likhet, men det er en likhet som kan innebære at «blinde flekker» vil kunne gå igjen hele veien. Nøyaktige nedtegnelser av hva jeg gjorde er med på å styrke påliteligheten av undersøkelsen. Det vil ikke være mulig for andre å gjenta mine observasjoner, nedtegnelser, transkripsjoner, analyseprosesser og tolkninger, men jeg har tilstrebet høy grad av transparens ved at jeg har nedtegnet skrittene i datainnsamling og analyse. Jeg har også ivaretatt behovet for transparens og troverdighet gjennom å se kritisk på prosedyrer og konklusjoner og via gjentatte gjennomganger av tekst og kategorier. I tillegg har diskusjoner med veiledere og forskerkolleger vært en hjelp i denne prosessen. Intervjuene ble tatt opp på bånd og jeg opplevde at det var en styrke både å kunne lese det som var blitt ordrett transkribert og å kunne høre på lydfilene. Dette ga en best mulig gjenskapelse av intervjusituasjonen ved analysen, noe som forhåpentligvis sikret meg mot at min egen forståelse, ureflektert, fikk for stor innflytelse på analysen av informantenes utsagn. Jeg mener jeg i stor grad har fått belyst det jeg ønsket å få kunnskap om, noe som styrker intervjuenes troverdighet. Analysens troverdighet er avhengig av om jeg klarte å få tak i og transformere meningsinnholdet i hva informantene formidlet, til meningsbærende strukturer. Jeg tilstrebet en konsistent fortolkning ved å stille de samme kritiske og analytiske spørsmålene til all tekst og alle notater. Systematikk ble også forsøkt ivaretatt ved at jeg sørget for at alle informantene skulle ha en tilnærmet felles forståelse av hva jeg ønsket å få vite noe om. Det innebar at alle innledningsvis fikk lik skriftlig og muntlig informasjon. Den største fallgruben i mitt prosjekt har vært at jeg kan ha kategorisert meningsbærende utsagn på et for generelt nivå eller ute av kontekst, hvilket er en fare når man kjenner feltet godt. Jeg kan også i litt for stor grad ha identifisert temaer mer enn handlinger og prosesser.

8. Oppsummering

Avhandlingen belyser hvordan IP er implementert og tatt i bruk som et verktøy for brukermedvirkning, samhandling og koordinering og om IP fungerer etter intensjonen. Undersøkelsen viser at det er mange faktorer som spiller inn, både på individ- og systemnivå. Hvilke strategier lederne har valgt for å implementere IP i sine respektive organisasjoner

avspeiles i hvordan IP brukes i praksis. Bruken av IP vanskeliggjøres om pasientene er i en situasjon med en uavklart tilstand som krever mangefasettert hjelp fra flere instanser, og i tillegg har behov for hjelpetiltak som krever mye ressurser eller ikke er umiddelbart tilgjengelige innen eksisterende rammer. IP som verktøy synes ikke å ha noen effekt når det er snakk om å utløse ressurser, avklare hvilke instanser som er ansvarlige for hva eller løse samarbeidsproblemer. Selv om det er mange utfordringer knyttet til bruken av IP, trenger ikke nødvendigvis manglende rammebetingelser bety manglende bruk av IP. Derimot blir det viktig at man raskt får tak i hva som er brukers mål og oversikt over vanskene i planarbeidet, og adresserer utfordringene. I noen saker har IP vært et godt verktøy for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud der brukers stemme ble hørt. På sitt beste kan IP kan være et hjelpemiddel til å fremme empowerment, brukermedvirkning, livskvalitet og en opplevelse av sammenheng. Dette fordrer at bruker er aktivt med på å formulere mål og tiltak og opplever respekt og gjensidighet i møte med hjelpeapparatet. IP kan også bidra til økt oversikt for både hjelpere og brukere og derved til at arbeid blir mindre krisepreget. Spørsmålet som gjenstår er om den pasientgruppen som setter helse- og sosialvesenet mest på strekk, og som rommer de pasientene som kanskje har aller mest behov for en IP og en koordinator, trenger noe mer enn en IP slik ordningen i dag fungerer? Fungerer IP rett og slett best i møte med de brukerne som uansett hadde fått rimelig god hjelp?

It wasn't curiosity that killed the cat.

It was trying to make sense of all the data curiosity generated.

(Holcolm)

Referanseliste

- Aarseth, H. P. (2001). Samhandlingen i forvaltningen er for dårlig. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 121, 1862.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Antonsen, E. B. (2008). Et stykke på vei, men likevel langt igjen? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 4, 345-354.
- Askheim, O. P. (2003). Empowerment as guidance for professional social work: an act of balancing on a slack rope. *European Journal of Social Work*, 6, 12.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2008). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelse av sin egen individuelle plan* (Masteroppgave). NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.
- Bakke, T. (2007). *Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt* (Prosjektrapport). Skien: GRUK.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2006). *Qualitative Methods in Psychology. A Research Guide*. New York, NY: Open University Press.
- BCMA. (3/20/2013). Shared care. Hentet fra: <https://www.bcma.org/partners-patients>
- Berge, A. R., & Lorentsen, Ø. (2003). *Individuelle planer med fokus på livskvalitet. Resultater fra et UoD-prosjekt i Tvedestrand kommune*. (Rehab-Nor 2003) Tomter.
- Berger, K., Persson, R., Pettersson, A.-C., Borgersen, B. R., Smedberg, K., & Svensson, M. (2009). *Individuell Plan enligt LSS. En rättighet för många som utnyttjas av få*. Länsstyrelsen i Västmanland. Hentet fra: http://www.lansstyrelsen.se/vastmanland/Sv/nyheter/2009/Pages/Individuell_plan_enligt_LSS_en_rattighet_for_manga_som_utnyttjas_av_fa.aspx
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxmann, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of the systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 317, 465-468.
- Bjerkan, J., & Alonso, A. (2010). Patients and professionals in collaborative testing of a web-based tool for integrated care: an evaluation study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 157, 66-71.
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R., & Brender, J. (2011). Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11, 26 January. URN:NBN:NL:UI:10-1-101258/ijic2011-1 – <http://www.ijic.org/>

- Björkman, T. (2000). *Case management for individuals with severe mental illness* (Doktoravhandling). Universitet i Lund, Sverige.
- Blickfeldt Juliussen, F. (2004). *Forudsætninger for godt handleplansarbejde - erfaringer fra handleplansnetværket PLANET*. København: Videncenter for Socialpsykiatri.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcome*, 9, 141-159.
- Bratrud, T. L., & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 3, 206-216.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunson, N., & Olsen, J. P. (1990). Individualitet och rationalitet som reforminnehåll. I N. Brunson & J. P. Olsen (Red.), *Makten att reformere* (s. 86-117). Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Brusén, P., & Ribacke, M. (2001). *Individuell Plan på den enskildes vilkor. Planer enligt LSS og HSL i praktiken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hentet fra: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikkelkatalog/Attachments/11445/2001-123-29_200112329.pdf
- Bull, H. (2006). *"Hun mente det var best" Brukeres erfaringer med medvirkning i arbeidet med individuell plan* (Masteroppgave). Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52, 631-636.
- Campell, D. (1998). Integrated care pathways. *BMJ*. 316:133. Hentet fra: <http://www.bmj.com/content/316/7125/133.long>
- Carlfjord, S. (2012). *The Challenge of Changing Practice. Applying Theory in the Implementation of an Innovation in Swedish Primary Health Care* (Doktoravhandling). University of Linköping.
- Center for Evaluering, Psykiatrien i Aarhus Amt (9/1/2006) *Handleplaner i socialt arbejde*. www.ceps.suite.dk
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE.
- Charmaz, K. (2007). *Introduction to Constructing Grounded Theory*. Workshop qualitative methods, University of Illinois 2007.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Towards a framework for the evaluation of health-related policies in cities. *Evaluation*, 3, 345-362.

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (2nd). Thousand Oaks California: SAGE.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4. Hentet fra: <http://www.implementationscience.com/content/4/1/50>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Ed.). (2000). *Handbook of Qualitative Research* (2nd. ed.). Thousand Oaks California: SAGE Publications.
- Department of Health UK. (3/20/2013). *Care planning*. Hentet fra: <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: 25 years of gold. *Psychiatric Services*, 51, 759-765.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington DC: American Psychological Association
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Einbu, G., & Lian, R. (2005). *Individuell plan - en ny pasientrettighet og et nytt «verktøy»: en studie av ansattes erfaringer ved et somatisk sykehus*. (rapport) Høgskolen i Gjøvik.
- Ekeland, T.-J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk*. (s.29-52) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2/2008). Kursmateriell fra kurs i *Evidens og Forskning* ved Nordic School of public Health i Göteborg.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk*. (s.13-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engelstad, F. (1999). Fra handling til struktur – tur/retur? I E. Fredrik (Red.), *Om makt. Teori og kritikk*. (s.303-320). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Engelstad, F. (2010). Hva er makt? Hentet fra: <http://www.sv.uio.no/mut/publicasjoner/rapp2003/rapport57/index-HVA.html>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 460-466.

- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 376-381.
- Falk, K., & Allebeck, P. (2002). Implementing assertive community care for patients with schizophrenia. A case study of co-operation and collaboration between mental health care and social service. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 280-286.
- Fixen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. (Prosjektrapport). University of South Florida. National Implementation Research Network. Hentet fra: <http://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Forsetlund, L. (2010). *Rogers teori om hvordan nyvinninger sprer seg*. Forelesningsnotat.
- Fosse, E. (2002). *Brukermedvirkning og helhet: Individuell plan som virkemiddel*. (HEMIL-rapport 2002). Bergen: HEMILsenteret.
- Fredriksen, K. (2002). *Individuell Planer. Erfaringer fra prosjektarbeid i Finnmark og Rogaland*. (Skriftlig notat)
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York, NY: Continuum.
- Giorgi, A. (1994). A phenomenological perspective on certain qualitative research methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25, 190-220.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatikk*. Oslo: Pax Forlag.
- Goodwin, N. E. (2011). Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation. *International Journal of Integrated Care*, 11, 20 December. URN:NBN:NL:UI:10-1-101754 / ijic2011-146 – <http://www.ijic.org/>
- Greenhalgh, T. (1997). Education and debate. How to read a paper: Papers that go beyond numbers. *BMJ*, 315, 740-743.
- Greenhalgh, T. (2001). *How to read a paper. The basics of evidence based medicine* (2nd). London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care*, 1, 184-191.
- Grone, O., Garcia-Barbero, M., & WHO European Office for Integrated Health Care Services. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1. June. ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>

- Gråwe, R. W., Hatling, T., & Ruud, T. (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpspsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007.* (SINTEF Rapport). Trondheim: SINTEF.
- Gustad, C., Krogsrud, E., Brustad, L., Karlsson, T., Christensen, H., Macho, I. Ø., Teigen, C. (2003). *Individuell Plan.* (Prosjektoppgave). Grunnutdanningen i sykepleie, Høyskolen i Oslo.
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action. Volume one. Reason and the Rationalization of Society.* Boston, MA: Beacon Press.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* (Doktoravhandling). Universitetet i Karlstad, Sverige.
- Helgesen, M. (2003). *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene.* (NIBR-notat 2004: 136). Oslo: NIBR.
- Helsedirektoratet, Bakke, T. (2009). Jeg har en plan! Tilbakemelding fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. (IS-1672).
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/jeg-har-en-plan/Publikasjoner/jeg-har-en-plan.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2010). Individuell Plan 2010, Veileder til forskrift om individuell plan. Oslo.
- Holck, G. (2004). *Kommunenes styring av komplekse oppgaver. Kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelser* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Hollingen, A. (2008). *Brukererfaringer med nettbasert individuell plan* (Masteroppgave). Høyskolen i Molde.
- Holmelin, T. (2010). *Bruk av individuell plan i habilitering av barn med cochleaimplantat; en kartlegging av foreldres erfaringer* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdshelsetjenestene* (15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan - anerkjennelse og krenkelse* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Hutschemaeckers, G. J., Tiemens, B. G., & de Winter, M. (2007). Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 7, 27. August 2007. ISSN 1568-4156 –
<http://www.ijic.org/>
- Kickbusch, I. (2004). *Health Governance: The Health Society.* Vienna November 2004 as part of the prestigious lecture series “Wiener Vorlesungen”.

- Kickbusch, I. (2006). The health society: The need for a theory. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 1.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Klausen, K. K. (2001). New Public Management - en fortolkningsramme for reformer I T. Busch, Johnsen, E., Klausen, K. K.; Vanebo, J. O. (Red.), *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 14. November. ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>
- Konsmo, T., & Bakke, T. (2/9/2011). *Å lykkes i arbeidet med individuell planer* (fått kopi).
- Kristensen, H. M. (2010). Et problembarn fylder 10 år. *Videns Tema*, 3, 15-18.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks California: SAGE.
- Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. London: SAGE.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 3. September. ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>
- Levin, I., & Trost, J. (2005). *Hverdagsliv og samhandling med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lieng, B. A. (2008). *Det e' fortvilende hvis ikke de har ressurssterke foreldre! Erfaringer med samordning av tjenester, for brukere med omfattende og sammensatte hjelpebehov - individuell plan* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Lillesveen, B. E., Berger, C. F., & Havn, G. K. (2011). *Individuell plan for palliative pasienter - et nyttig redskap?* (Studentoppgave). Høgskolen i Gjøvik.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238-244.
- Lorentsen, Ø., & Berge, A. R. (2006a). Individuell planer - Hva mener eierne? *Respekt*, 1, 44-49.
- Lorentsen, Ø., & Berge, A. R. (2006b). *Individuelle planer. Brukernes erfaringer og opplevelser*. (Rapport i samarbeid med Hørselshemmedes Landsforbund, Norges Blindeforbund, Norsk Handikapforbund & Rehab-Nor). Tomter: Rehab-Nor.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Marshall, M., & Lockwood, A. (2011). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.pub2
- Maugesten, H. K. (2007). *Hvem skrives individuell plan for? En kvalitativ analyse av deltakelse og medvirkning i arbeidet med individuelle planer for døve med ulike funksjonshemninger og/eller psykiske lidelser* (Masteoppgave). Universitetet i Oslo.
- Mehr, J. (2001). Case management: A review with implications for services for concurrent severe mental illness and alcoholism or substance abuse. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, 80-107.
- Michaelsen, R., Vatne, S., & Hollingen, A. (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 9, 15-28.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Munro, K., Ross, M. K., & Reid, M. (2006). User involvement in mental health: Time to face up to the challenges of meaningful involvement? *International Journal of Mental Health Promotion*, 8, 37-44.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2007). *VIP - Veien til individuell plan. Nå stoler vi på at det blir tilrettelagt...* (ISBN 978-82-8121-181-0). Porsgrunn: GRUK.
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46, 719-721.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (s.3-16). New York, NY: Oxford University Press.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen*. (NOU 1998: 18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. (NOU 2001: 22). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. (NOU 2004: 18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Ogden, T. (2008). *Implementering i forskning og praksis*. Forelesningsnotater, Atferdssenteret 2008.
- Opaker, C. (2006). *Rusavhengiges rett til individuell plan. Et effektivt hjelpemiddel i arbeidet med den rusavhengige* (Masteroppgave). Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 141-146.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). London: SAGE.
- PLM Rambøll Management. (2002). *Sådan arbejder du med individuelle handleplaner - en håndbog*. København: PLM Rambøll Management.
- Proctor, E., K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration Policy in Mental Health*, 36, 24-34.
- Raastad, L. (2007). *Rett til individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. En reell rettighet eller kun rett til et stykke papir?* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.
- Ramsay, A., & Fulop, N. (2008, 9/26/2008). The evidence base for integrated care. Hentet fra http://www.dhcarenetworks.org.uk/library/Resources/ICN/ICN_advice/The_evidence_base_for_Integrated_care.pdf
- Rise, M. B. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work - What is it and does it work?* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York, NY: The Free Press.
- Rose, D. (2008). *Thematic and Content Analysis for Qualitative Research*. Slide from workshop at Kings College University, London.
- Røhme, K., Hatling, T., & Lidal, E. (2006). Individuell plan - ambisiøse mål, men svake virkemidler? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 9, 148-158.
- Schein, E. H. (1983). *Organisasjonpsykologi* (3.utg.). Oslo: TANO.
- Silverman, D. (Ed.). (2004). *Qualitative research. Theory, method and practice* (2nd ed.). London: SAGE.
- Sivesind, A. K. (2010). *Enda en plan...? Hvilke faktorer hemmer og fremmer igangsetting av individuell plan for rusmiddleavhengige? En kvalitativ undersøkelse av sosialarbeidere i praksis* (Masteroppgave). Avdeling for samfunnsfag, Høyskolen i Oslo.
- Socialstyrelsen. (2005). Individuell plan -LSS, Ett sätt för dig att påverka din situation. (Informasjonsbrosjyre). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sosial-og helsedirektoratet. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. St.meld. nr. 21 (1998). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Sosial- og helsedepartementet. (2002). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. St.meld. nr.14 (2002-2003). Oslo: Departementenes servicesenter.

- Sosial- og helsedepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett til behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld. nr.47 (2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St.meld. nr 25 (1996-97). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse - om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing theory* (2nd ed.). Thousand Oaks California: SAGE.
- Strøm, A. (2008). *Helhet og sammenheng - ikke stykkevis og delt; brukernes erfaringer med individuell plan* (Masteroppgave). Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Oslo.
- Sverdrup, S. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: sammenstilling av resultater fra fem prosjekter*. (Rapport 2007/2). Diakonhjemmets høgskole.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. (NIBR-rapport 2007: 2). Oslo: NIBR.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). Empowerment og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 121, 1624-1628.
- Thommesen, H. (2003). *Kommuneundersøkelse om individuell planer*. Høgskolen i Bodø.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2003). *Individuell Plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Tosterud, A. (2007). *Teknologidrevet samhandling i offentlig sektor: en casestudie av et IKT-verktøy for individuell plan* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Trefjord, S., & Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. (Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003). Trondheim: SINTEF Helse.
- Unützer, J. (2012, 2012). *Integrated Mental Health Care*. Hentet fra www.pcpcc.net
- Uyehara, E., & Thomas, M. (1973). The Health Maintenance Organization Act of 1973. Hentet fra: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2009/P5554.pdf>
- van der Linden, B. A., Spreeuwenberg, C., & Schrijvers, A. J. (2001). Integration of care in The Netherlands: The development of transmural care since 1994. *Health Policy*, 55, 111-120.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 81-95.

- Vik, L. J. (2008). Makt og myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I T.-J. H. Ekeland, Kåre (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s.83-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Johnston, M., Pitts, N., & Steen, N. (2003). PRIME - PProcess modelling in ImpleMentation research: Selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research*, 3, 1-22.
- Watts, J., & Priebe, S. (2002). A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*, 16, 439-454.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4. Hentet fra: <http://www.implementationscience.com/content/4/1/67>
- Weiner, B. J., Lewis, M. A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24, 292-305.
- Wensing, M., & Grol, R. (1994). Single and combined strategies for implementing changes in primary care: A literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 115-132.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. (First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986). Geneve: WHO
- WHO. (1998). The WHO Health Promotion Glossary. Geneve: WHO. Hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- WHO. (2004). *Promoting mental health. Concepts - emerging evidence - practice*. (Summary report) Geneva: WHO.
- WHO. (2010). *User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., & Law, M. (2001). Implementing client-centered practice: Why is it so difficult to do? *The Canadian Journal of Occupational therapy*, 68, 70-79.
- Willumsen, E. (Red.). (2005). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Zahl-Begnum, O. H., Koldningsnes, W., & Begnum, S. M. (1988). *Arbeids- og organisasjonspsykologi* (2. utg.). Oslo: NKS-forlaget.
- Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Straus, S. E., Pinfold, P., & Goldman, J. (2009). Case Management: Effects on professional practice and health care. *The Cochrane Library*. DOI: 10.1002/14651858.CD002797

- Ødegård, E. (2011). *Det mellom oss: foreldrenes beskrivelser om sine relasjonelle erfaringer og opplevelser til koordinatoren som utarbeider individuell plan for barnet deres.* (Oppgave). Diakonhjemmet Høgskole, Oslo.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2, 111-119.
- Ådnøy, E. (2005). *Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid.* (Rapport nr 2: 2005) Porsgrunn: GRUK.
- Åhgren, B. (2007). *Creating Integrated Health Care* (Doktoravhandling). Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.

Vedlegg:

Vedlegg 1- Informasjonsbrev og samtykke

De forskjellige informantgruppene fikk litt forskjellige informasjonsbrev og samtykke, men de store trekkene er like. Jeg legger her ved det som ble gitt brukere og pårørende.

	Kopi til
Vår dato	Vår referanse
Saksbehandler	Deres dato
	Deres referanse

R.
B.
U.
P.

Til deltakere i forskningsprosjektet om Individuelle Planer

Du har tidligere blitt spurt (muntlig) om du vil være villig til å la deg intervjuet to ganger med omtrent to års mellomrom i forbindelse med mitt forskningsprosjekt om Individuelle Planer. Du er forespurt fordi jeg vet at du har en Individuell Plan eller er på vei til å få en plan, eller fordi du er pårørende til en person med en Individuell Plan.

Jeg skal nå gi deg litt informasjon om prosjektet mitt som du må lese før du skriver under på at du ønsker å delta.

Jeg heter Lene Chr Holum, er psykolog ved BUP Holmlia, Ungdomspsykiatrisk Nettverksteam på deltid. I den andre halve stillingen min er jeg forsker, og er i den forbindelse tilknyttet forskningsinstitusjonen R.BUP, som står for Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helse Øst og Helse Sør. Det er med utgangspunkt i forskningen min at jeg nå har henvendt meg til deg. Jeg har arbeidet med innføringen av Individuelle Planer i flere år, og har nå begynt på et forskningsprosjekt i forhold til dette.

Jeg skal prøve å finne ut noe om hva som skal til for at IP fungerer slik det var tenkt i henhold til lovene som styrer Individuell Plan, og hvordan de som får laget en Individuell Plan synes det er å ha en slik plan. Om hva de synes fungerer bra og hva som ikke fungerer så godt, og hvordan de opplever at det å ha en koordinator fungerer. Det er disse temaene jeg vil snakke med deg og en del andre ungdommer/unge voksne om to ganger med omtrent to års mellomrom. I tillegg til å snakke med deg, og ev. noen fra familien din, så ønsker jeg å stille noen av de samme spørsmålene til den personen som er din koordinator, og ev. til en annen fagperson som hjelper deg med forskjellige ting, som er behandler, saksbehandler eller

liknende. Det er du som bestemmer hvilke personer du synes det er greit at jeg stiller spørsmål til.

All deltagelse er frivillig og du kan derved trekke deg fra forskningsprosjektet når som helst uten at dette får konsekvenser av noe slag. Om du trekker deg fra prosjektet underveis vil jeg ikke bruke noen av opplysningene du har gitt, om du ikke synes det er greit. Om du ikke ønsker at noe av den informasjonen du gir brukes, vil jeg slette alt umiddelbart.

Du mottar ingen form for lønn eller goder for å delta i prosjektet, men vil hjelpe meg og andre til å lære mer om hvordan dette med Individuelle Planer fungerer i praksis.

Den informasjonen jeg mottar vil aidentifiseres og behandles konfidensielt. Det betyr at det ikke er noen andre enn meg som vet hvem som har svart hva på de spørsmålene jeg stiller. Jeg vil ikke skrive navn på intervjuet men lage et kodesystem sånn at jeg har oversikt over hvem jeg intervjuer og som skal intervjues igjen om to år. Jeg vil sørge for at det kun er jeg som kan dette kodesystemet og derved kan kople svarene fra intervjuet til person ut fra et kodingssystem som oppbevares separat og avlåst.

Hvis du synes det er greit vil jeg ta opp intervjuet på bånd slik at jeg kan ha mulighet til å spille det av og skrive det ut etterpå. Om du ikke ønsker dette skriver jeg notater underveis i intervjuet. Jeg vil trenge å oppbevare båndopptakene og/eller de skriftelige notatene så lenge jeg arbeider med forskningsprosjektet mitt, men de vil være forsvarlig oppbevart slik at ingen andre enn meg har tilgang til dem. Når jeg er ferdig med hele prosjektet vil jeg slette alle opptak i løpet av et halvt år etter at arbeidet er avsluttet.

Prosjektet er kvalitetssikret av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Øst-Norge, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Datatilsynet har gitt konsesjon.

Om du har noen spørsmål om prosjektet mitt kan jeg treffes på BUP Holmlia på tlf 23428200, på R-BUP på tlf 22028900, på mobil 90505584 eller på mail: Lene.Holum@r-bup.no

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Lene Chr Holum

Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring

Jeg, _____

har i dag, _____ mottatt informasjon om deltagelse i forskningsprosjektet til Lene Chr Holum, om Individuelle Planer, og jeg har sagt ja til å la meg intervjuet om den Individuelle Planen jeg har/er på vei til å få. Jeg vil la meg intervjuet to ganger med to års mellomrom.

Jeg gir tillatelse til at Lene Chr Holum snakker med følgende deltakere (fagpersoner eller familie) i planarbeidet om hvordan Individuell Plan fungerer.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Jeg tillater at Lene Chr Holum snakker med disse personene alene/kun med meg tilstede (stryk det som ikke passer).

Jeg er innforstått med at jeg når som helst kan trekke meg fra videre deltagelse, uten at jeg må redegjøre for årsak eller det får noen form for konsekvenser.

Jeg er innforstått med at deltagelse i prosjektet ikke medfører noen form for godtgjørelse.

Jeg er gjort kjent med at alt jeg sier vil bli aidentifisert og behandlet konfidensielt.

Jeg har lest igjennom og forstått det ovenstående.

Signatur

Signatur pårørende om under 16 år

Vedlegg 3 – temaguide til intervjuene

Intervjuguidene ble tilpasset de enkelte informantene og spørsmålene jeg stilte utviklet seg noe underveis, men det følgende er utgangspunktet for intervjuene, og hva jeg presenterte for informantene:

Jeg vil ved innledningen til hvert intervju si noe om hva slags type informasjon jeg søker gjennom samtalen vår. Jeg vil poengtere at jeg ønsker informantene fritt skal kunne komme frem med sine refleksjoner og erfaringer i forbindelse med IP, men samtidig formidle at jeg vil styre samtalen i den grad at jeg i løpet av intervjuet får belyst de temaene som er viktig for problemstillingen.

Jeg trenger innledningsvis kort noe om vedkommendes bakgrunn før jeg vil snakke om følgende punkter; generelt om kjennskap til og forståelse av IP, så konkrete erfaringer og til slutt refleksjoner/oppfatninger rundt betingelser, samarbeid, intensjoner og innføring av ny praksis..

Jeg vil bruke mest mulig åpne spørsmål der jeg søker å få frem det kvalitative innholdet i hva den enkeltes mening/refleksjon og erfaring er. Jeg følger opp med utdypende spørsmål ut i fra hvordan den enkelte svarer for å få frem meningsinnholdet på best mulig måte.

Temaguide – Fagpersoner/ledere;

Litt om fagpersonen(es) bakgrunn;

- Utdannelse
- Posisjon/nåværende arbeidsforhold.

Generell kjennskap til IP

- Hvordan og når tilfløt informasjonen om IP deg?
- Hvordan forstår og kjenner du til IP som begrep og verktøy?
- Hvordan tenker du IP skal være/brukes?

Egen erfaring og utfordringer med IP som tiltaksverktøy?

- Hvordan har du deltatt? På systemnivå og direkte i f t klienter (roller innehatt)?

- Praktiske erfaringer med planarbeidet, og samarbeidet i f t planprosess og tiltak?
- Hvilke utfordringer, begrensninger og fordeler sees i arbeidet med IP? Både generelt og fra et lederperspektiv.

Holdninger, oppfatninger og betingelser som skal til for at IP skal kunne fungere.

- Hvordan gi/få god nok opplæring og informasjon til at nye verktøy tas i bruk? Hva slags opplæring, veiledning har vært tilbudt i din organisasjon?
- Forutsetning for at IP skal kunne fungere – både på systemnivå og faglig?
- Holdnings og motivasjonsarbeid – hvor stor plass har det og hvordan gjøres dette?
- Refleksjoner/erfaringer omkring hvordan nå intensjonen om økt bruker-medvirkning og økt livskvalitet for planeierne
- Samarbeid med involverte/nærliggende instanser?
- Hvordan skape tid/rom/ressurser – som etterspørres?
- Affektivt klima i forhold til implementering og bruk?
- Hvordan snu ev. neg ”stemning?” Gjort noen grep?
- Hvorfor tror du det har vært en del motstand mot IP? Og stor grad av treghet i systemet? Hva kan gjøres?
- Andre tiltak som kan virke bedre enn IP?
- Utgjør IP en forskjell? For bruker? For fagpersoner?
- Egen og andres forventninger? Ved oppstart og nå?
- Hvordan sette et nytt lovverk på dagsorden?
- Hvordan innføre/implementere nye verktøy og ny tenkning generelt? Hva får deg til å endre praksis/gjøre noe nytt?
- Hvordan innføre/implementere IP spesielt? Hva er de spesielle utfordringene knyttet til dette vs generelle utfordringer (i f t samarbeid, kompetansestrid etc)?
- Hvordan ta koordinatorrollen på alvor og få denne rollen ”opp og stå?”
- Er det noe du ønsker å tilføye eller noe jeg ikke har spurt om?

Temaguide – Koordinator/fagpersoner/behandler - i tilknytning til en bruker/kasus;

Litt om fagpersonens bakgrunn;

- Utdannelse (faglige-teoretisk ståsted)

- Posisjon/nåværende arbeidsforhold.

Generell kunnskap om IP.

- Hvordan og når tilfløt informasjonen om IP deg?
- Hvordan forstår og kjenner du til IP som begrep og verktøy?
- Hvordan tenker du IP skal være/brukes?

Egen erfaring med IP som tiltaksverktøy, både generell praktisk erfaring og i forhold til denne spesifikke bruker.

- Roller du har innehatt generelt i f t IP og spesifikt i f t denne bruker?
- Er vedkommende koordinator- spørres mer spesifikt om erfaringer med denne rollen. Om vedkommende ikke er koo, spør i tillegg om erfaringen og forventningene i f t den som er koo i saken.
- Koordinatorrollen – rollens betydning, om dette utgjør en forskjell fra tidligere arbeid? Hvordan få koordinatorrollen ”opp og stå?”
- Praktiske erfaringer med planarbeidet og tidsperspektiver på planprosess og tiltak? Når og hvordan ble målene satt opp? Hvordan utarbeide tiltak? Hvem gjør hva? Hva tar bruker selv ansvar for?
- Hvem deltar i planarbeidet og hvordan?
- Forventninger til planen, prosessen, type hjelp, samarbeid, effekt?
- Erfaringer rundt samarbeid om denne planprosessen, (og ev. andre)?
- Erfaringer om bedre/raskere hjelp?
- Utgjør IP en forskjell? For fagpersoner? For bruker?
- Erfaringer rundt brukermedvirkning og livskvalitet – hva betyr dette i denne saken som du ser det, og har IP i så fall bidratt?
- Hva skal til for å ta bruker på alvor slik at det blir brukers plan og et arbeid til brukers beste?
- Din relasjon til bruker, pårørende og andre involverte samarbeidspartnere?

Holdninger, oppfatninger og betingelser som skal til for at IP skal kunne fungere.

- Forutsetning for at IP skal kunne fungere som et godt verktøy?
- Hvordan legges det til rette av arbeidsgiver og systemet generelt?
- Innvirkning på samarbeid?
- Hva betyr godt samarbeid for deg?

- Innvirkning på hvordan hjelpetiltak ytes?
- Andre tiltak som kan virke bedre enn IP?
- Egen og andres forventninger?
- Gjennomføring i praksis, både generelt og på din arbeidsplass?
- Innføring/implementeringsprosesser – hva kjenner du til i din organisasjon, hva er dine refleksjoner og erfaringer i f t å implementere ”noe nytt”?
- Er det noe du ønsker å tilføye eller noe jeg ikke har spurt om?

Temaguide – Planeier/bruker og ev. pårørende:

Vedkommendes bakgrunn;

- Hvem vedkommende er
- Alder
- Ev. problemområde
- Bo- og familiesituasjon.
- Skole/jobb/sysselsettingssituasjon.

Kunnskap om egen IP, ev. kommende IP;

- Har du en IP?
- Når fikk du den?
- Hvordan ble informasjon gitt og av hvem?
- Hvordan planarbeidet ble initiert?
- Hvem deltar i arbeidet med planen i tillegg til deg?
- Har du en ansvarsgruppe, og hvem deltar der?
- Hvordan må har du i planen? Er det dine mål?
- Hvordan planen ble utformet med mål og tiltak?
- Hvem utformet målene? Hvor skjedde det?
- Hva slags rolle og ansvar har du selv i prosessen?
- Hvem av tiltakene er i gang?
- Har du nådd noen mål?
- Hvem har planen?
- Hvordan planen brukes i hverdagen?
- Hvem er koordinator og hvordan/hvorfor ble denne personen valgt?

- Hva koordinator gjør?
- Hvordan er forholdet til koordinator?
- Hvor fornøyd/misfornøyd er du med planen/tiltakene/samarbeidet? Hva fungerer og hva fungerer ikke?
- Er det noe du tenker burde vært annerledes i f t din plan?
- Føler du deg sett og lyttet til?
- Hva betyr livskvalitet og brukermedvirkning for deg? Hvordan kan dette fremmes?

Om behandling/behandlingsbehov;

- Tanker om egne vanskeligheter/sykdom og generelt om egen situasjon.
- Hva slags behandling vedkommende mottar?
- Fornøyd/misfornøyd med dette?
- Hva slags behandling/tiltak hadde vært ønskelig?
- Ønsker og behov fremover?

- Er det noe du ønsker å tilføye eller noe jeg ikke har spurt om?

Spørsmål til pårørende har samme utgangspunkt, men tilpasses respondenten.

Vedlegg 4 - Spørreskjemaet

SPØRRESKJEMA OM INDIVIDUELLE PLANER (IP)

(Flere kryss og kommentarer er mulig)

Hva slags stilling har du?

- ☐ Leder/avdelingsleder/teamleder
- ☐ Behandler
- ☐ Miljøterapeut/miljøarbeider
- ☐ Sykepleier/hj.pleier/ergoterapeut/fysiot./vernepl.
- ☐ Saksbehandler/konsulent
- ☐ Lærer/ansatt i skole, barnehage, SFO el.a.
- ☐ Annet

Når hørte du om Individuelle Planer første gang? _____

Hvordan hørte du om/kom du i kontakt med begrepet Individuelle Planer første gang?

- ☐ Via media eller internett
- ☐ Via leder/informasjon fra ledelsen
- ☐ På kurs/opplæring
- ☐ Via rundskriv eller skriftlig dokumentasjon
- ☐ Fra kollegaer
- ☐ Fra klienter/brukere
- ☐ Annet

Har du gått på kurs eller fått opplæring i bruk av Individuelle Planer?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Vil du si at du har fått god nok opplæring i bruk av/informasjon om Individuelle Planer?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Er du pr i dag involvert i noen Individuelle Planer?

- ☐ Ja
- ☐ Som koordinator
- ☐ Annen deltager
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

I hvor stor grad har du tro på at Individuelle Planer kan være et godt verktøy?

- ☐ Ikke tro på IP
- ☐ Kan fungere under gitte forutsetninger
- ☐ Har tro på IP

- ☐ Har stor tro på IP
- ☐ Vet ikke

Hvilke pasient/brukergrupper mener du trenger Individuell Plan mest?

For hvem tror du det kan være til hjelp å ha en Individuell Plan?

- ☐ For brukeren/pasienten selv
- ☐ For de pårørende
- ☐ For de involverte faginstanser
- ☐ For alle parter
- ☐ Ikke for noen av dem

Har du noen tanker/ideer om hva som skal til for at en Individuell Plan skal fungere godt?

Har du noen tanker om hva arbeidsgiver må bidra med for at bruken av Individuelle Planer skal fungere?

Har du noen tanker om hva du selv kan bidra med for at Individuell Plan skal fungere?

Tror du at arbeidet med individuell plan kan lette samarbeidet mellom de involverte faginstansene?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Tror du at felles opplæring kan hjelpe på samarbeidet og bruken av Individuell Plan som verktøy?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Bryter intensjonen/tanken bak Individuell Plan med din tenkning, ditt teoretiske ståsted eller din erfaring på noen måte?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Har du kritiske innvendinger mot Individuell Plan?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hvis ja, hvilke innvendinger; _____

Hvordan opplever du at stemningen i fagfeltet er i forhold til Individuell Plan?

- ☐ Positiv
- ☐ Negativ/kritisk
- ☐ Avventende
- ☐ Vet ikke

Tror du at innføringen av Individuell Plan kan bidra til økt brukerstyring/brukermedvirkning?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Tror du at innføringen av Individuell Plan kan bidra til økt livskvalitet for brukerne?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Vedlegg 5- noen tall fra spørreskjemaet

Det ble sendt ut totalt 493 spørreskjemaer; 19 skjemaer til fagansatte i en BUP, 69 til fagansatte ved en DPS og 410 til fagansatte (under helse, sosial, NAV, SFO, barnehager) i en bydel i Oslo. Jeg mottok 165 svar, det vil si en svarprosent på 33,5 %. Dette er for lav svarprosent, sammen med en del unøyaktig utfylte skjema, til å kunne foreta noen valide statistiske analyser. Jeg gir her et utsnitt av hvordan svarene fordelte seg, som et tilstandsbilde i et gitt område i 2005.

BESKRIVELSE AV VARIABLER	ANTALL	
Var 3) Hvordan fikk du info	159	Antall svar
1 = Via media eller internett	2	
2 = Via leder/info fra ledelsen	68	
3 = På kurs/konferanse/opplæring/skole	28	
4 = Via rundskriv el skriftlig dokumentasjon	14	
5 = Fra kollegaer	30	
6 = Fra klienter/brukere	4	
7 = Annet	13	
Var 4) Opplæring?	164	Antall svar
1 = Ja	82	
2 = Nei	82	
Var 5) God nok opplæring?	160	Antall svar
1 = Ja	46	
2 = Nei	83	
3 = Vet ikke	31	
Var 7) Tro på IP?	159	Antall svar
1 = Ikke tro på IP	1	
2 = Kan fungere under gitte forutsetninger	63	
3 = Har tro på IP	61	
4 = Har stor tro på IP	16	
5 = Vet ikke	18	
Var 9) Hvem er IP til nytte for?	155	Antall svar
1 = For brukeren/pas	5	
2 = For de pårørende	2	
3 = For involverte faginstanser	2	
4 = For alle parter	134	
5 = Ikke for noen av dem	0	
6 = Bruker + pårørende	2	
7 = Bruker + fagperson	8	
8 = Pårørende + fagperson	2	
Var 13) Bidrar IP til økt samarbeid?	161	Antall svar
1 = Ja	143	
2 = Nei	1	
3 = Vet ikke	17	
Var 14) Være til hjelp m felles opplæring?	164	Antall svar
1 = Ja	145	

2 = Nei	2	
3 = Vet ikke	17	
Var 15) Bryter intensjonen med faglige ståsted?	158	Antall svar
1 = Ja	4	
2 = Nei	138	
3 = Vet ikke	16	
Var 16) Har du kritiske innvendinger til IP?	156	Antall svar
1 = Ja	58	
2 = Nei	72	
3 = Vet ikke	26	
Var 17) Hvordan er stemningen i fagfeltet nå?	158	Antall svar
1 = Positiv	44	
2 = Negativ/kritisk	16	
3 = Avventende	73	
4 = Vet ikke	25	
Var 18) Kan IP bidra til økt brukermedvirkning?	160	Antall svar
1 = Ja	110	
2 = Nei	10	
3 = Vet ikke	40	
Var 19) Kan IP bidra til økt livskvalitet?	159	Antall svar
1 = Ja	116	
2 = Nei	3	
3 = Vet ikke	40	

Vedlegg 6 - Lovgrunnlaget

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet individuell plan, og tjenestenes plikt til å utarbeide individuell planer, er hjemlet i ulike lover og forskrifter. Lovgrunnlaget er utvidet flere ganger siden individuell plan kom inn i regelverket i 2001. I dag har vi et prinsipielt skille mellom de lovbestemmelsene som er knyttet til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, og de lovbestemmelsene som ikke har denne tilknytningen. Den viktigste konsekvensen er at forskriftens utfyllende bestemmelser og krav til innholdet i en individuell plan bare er juridisk bindende i de tilfellene forskriften gjelder.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Rett til individuell plan

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (i kraft 1.juli 2001, endret ved lov 24 juni 2011 og i kraft 1 jan 2012).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5. Individuell plan

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2002).

Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Individuell plan

Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. juli 2001, sist endret 1. juli 2003).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere

bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45 (i kraft 1. januar 2007).

Sosialtjenesteloven § 4-3a. Rett til individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4. Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettighetene gjelder for, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2004).

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (NAV-loven) § 15. Samarbeid med brukeren og individuell plan

Enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold (i kraft 1. juni 2006).

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

§ 28. Rett til individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 42. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettigheten gjelder for, og om planens innhold.

§ 33. Individuell plan for deltakere i kvalifiseringsprogram

Deltakere i kvalifiseringsprogram har rett til individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med deltakeren, jf. § 42. Kommunens ansvar etter § 28 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende.

Barnevernloven § 3-2a. Plikt til å utarbeide individuell plan

Barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra. Departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift om hvilke grupper av barn plikten omfatter, og om planens innhold.

Vedlegg 7 - Beskrivelse av ledernivå og type avdeling

Informant nummer	Ledernivå*	Avdeling	Daglig pasient kontakt
1	Rådmann i stor kommune (pilot-intervju)	Ingen	Nei
8	Høyt	Døgnavdeling, ungdom, langtid	Ja
11	Høyt	Døgnavdeling, rus og psykisk lidelse	Nei
12	Høyt	Døgnavdeling, unge voksne, langtid	Nei
14	Høyt	Døgnavdeling, ungdom og unge voksne, langtid	Nei
19	Høyt	Døgnavdeling, voksne, kort- og langtid	Nei
15	Høyt	Poliklinikk for barn og ungdom	Nei
3	Høyt	Poliklinikk voksne/ DPS	Nei
2 2 personer	Høyt & lavt	Poliklinikk voksne/ DPS	Nei & Ja
18 2 personer	Høyt & lavt	Poliklinikk voksne/ DPS	Nei & Ja
5	Lavt	Døgnavdeling, barn og unge, langtid	Ja
7	Lavt	Døgnavdeling, voksne	Ja
16	Lavt	Døgnavdeling, barn og ungdom, akutt	Ja
17 2 personer	Lavt (begge)	Døgnavdeling, voksne	Ja (begge)
4	Lavt	Poliklinikk, voksne/ DPS	Ja
6	Lavt	Poliklinikk, barn og ungdom/BUP	Ja
9	Lavt	Poliklinikk, barn og ungdom/BUP	Ja
10	Lavt	Poliklinikk, voksne/ DPS	Ja
13	Lavt	Poliklinikk, voksne, rus og psykisk lidelse	Ja

- * = **Høyere ledernivå** betyr leder av større avdeling med flere enheter/seksjoner eller team under seg eller leder av en større institusjon
Lavere ledernivå betyr leder av team eller enhet/seksjon

Vedlegg 8 -Beskrivelse av brukerinformanter og koordinatore

Avdeling	Pasientintervju* Kjønn & alder	Foreldreintervju	Intervju av koordinator eller andre **	Kommentar
Ingen	Gutt 11 (ikke intervjuet)	Foreldre til gutt 11 år med behov for mange tjenester, intervjuet to ganger	Ingen koordinator	Pilot-intervju av foreldre som selv jobber med IP
Døgnavdeling, barn og ungdom, langtid	Jente 16 (ikke intervjuet)	Foreldre intervjuet begge ganger	Koordinator i poliklinikk	
Døgnavdeling, ungdom, langtid	Gutt 16 (ikke intervjuet)	Foreldre intervjuet to ganger	Familiearbeider – foreldre trodde denne personen var koordinator (telles som koo her)	Fam.arbeider gjorde mer koordinerende arbeid enn koordinator
	Jente 16 (ikke intervjuet)	Foreldre intervjuet to ganger	Foreldrenes terapeut	Vedkommende prøvde jobbe på systemnivå
Døgnavdeling, ungdom og unge voksne, langtid	Mann 23 Intervjuet en gang		Hadde ikke koordinator	
	Kvinne 23 Intervjuet en gang		Koordinator i døgnavdelingen	
	Mann 22 Intervjuet en gang		Koordinator i permisjon – hadde ikke vikar	
Døgnavdeling, rus og psykisk lidelse, voksne	Mann 25 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
	Mann 35 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
	Mann 32 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
Døgnavdeling, voksne, langtid (to avdelinger)	Mann 37 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
	Mann 21 Intervjuet to ganger		Koordinator i poliklinikk	
	Mann 21 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
	Kvinne 28 Intervjuet to ganger		Koordinator i poliklinikk	
	Mann 35 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
	Kvinne 28 Intervjuet to ganger		Koordinator i døgnavdelingen	
Døgnavdeling, intermediær, voksne	Jente18 Intervjuet to ganger	Foreldre intervjuet første gang	Koordinator i kommunen	
Poliklinikk, barn og ungdom (tre klinikker)	Gutt 16 Intervju en gang	Foreldre intervjuet en gang	Koordinator i poliklinikk	Begge intervjuet i runde en
	Gutt 17 (ikke intervjuet)	Foreldre intervjuet to ganger	Koordinator i poliklinikk	Byttet til koordinator i kommunen etter første intervju

	Kvinne 19 Intervjuet to ganger		Intervjuet koordinator i kommunen og behandler på poliklinikk	
	Jente 18 Intervjuet to ganger		Gammel og ny koordinator i forskjellige avdelinger i kommunen	Nylig byttet koordinator og ville begge skulle bli intervjuet
Poliklinikk, voksne	Mann 23 Intervjuet en gang		Koordinator i poliklinikk	
Poliklinikk rus og psykisk lidelse	Kvinne 23 Intervjuet to ganger		Kjente ikke til noen koordinator	Leder formidlet det var IP og koordinator i saken
	Kvinne 27 Intervjuet to ganger		Kjente ikke til noen koordinator	Leder formidlet det var IP og koordinator i saken

* = Alder og institusjonell tilknytning ved første gangs intervju


** = Pasient/pårørende ble forspurt om hvem koordinator var og om vedkommende eller annen sentral person kunne bli intervjuet

Volume 12, 30 March 2012

Publisher: Igitur publishing

URL: <http://www.ijic.org>

URN:NBN:NL:UI:10-1-112887 / ijic2012-15

Copyright: 

Submitted: 28 September 2011, revised 31 January 2012, accepted 15 February 2012

Research and theory

"It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care

Lene Chr Holum, PhD Student/Clinical Psychologist/Team Manager, Centre for Child- and Adolescent Mental Health Eastern and Southern Norway (R-BUP) and Oslo University Hospital, Norway

Correspondance to: Lene Chr Holum, Framveien 28, 1420 Svartskog, Norway, Phone: +47 90 50 55 84, E-mail: lholum@online.no

Abstract

Aim of the study: The aim of the study is to explore and describe what hampers and promotes the implementation of 'Individual Plan' — Norway's answer to integrated care, and to discuss the findings according to implementation theory and research.

Background: 'Individual Plan' is a master-plan intended to increase user-participation and provide better coordination of measures for patients in need of extensive and long-term health-care services. Norwegian Health Authorities used a dissemination strategy to implement 'Individual Plan' but managers within health and social care could choose their own way of implementation in their organisation.

Methodology: Twenty-two managers from different clinics and organisational levels within mental health care were interviewed with an in-depth semi-structured interview about the implementation process in their organisation. The analysis was primarily made according to systematic text condensation.

Findings: The findings describe different implementation processes and how the managers identified with the usefulness of 'Individual Plan' as a tool, choice of practical implementation strategies, the manager's own role, characteristics of organisational culture as well as how the manager considered external factors such as administration, lack of time and resources. The evolved implementation themes are discussed within a frame of existing knowledge and theory.

Conclusion: A complex picture of barriers, dilemmas and benefits emerges, both internal and external to an organisation as well as at a personal level that need to be taken into consideration in forthcoming implementation processes to increase the rate of success.

Keywords

Implementation, management, integrated care model, mental health

Introduction

To achieve well-implemented high quality care for persons with long-standing and complex mental health problems, the way we organize mental health service is of great importance. Internationally, there is increased focus on compensating for the fragmented delivery of care by promoting integrated care and collaboration, but the services still suffer from organisational, clinical and cultural fragmentation [1]. WHO defines integrated

care as a concept bringing together inputs, delivery, management and organisation of services. Integration is a means to improving services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency. Norwegian health care has been searching for methods to deliver more coordinated help according to the patients' needs, and 'Individual Plan' (hereafter IP) is a national answer to integrated care. To develop methods for integrated care is a challenge, but implementing them to function properly is an even bigger challenge [2]. This paper

discusses some managers' description and reflections on the implementation process within mental health specialist services.

IP in relation to integrated care

IP was introduced into the Norwegian health legislation in 2001 because, in spite of great need of services, several patient groups were not offered acceptable measures. The purpose was to achieve a more long-term and unified mode of thought around patients (patients and users are used as synonyms in this paper) in need of extensive services [3]. IP is intended as a tool to ensure that services and measures work and are experienced as unified, coordinated, and individually adapted to each patient. The patient's own goals govern the planning work [4], and there will be a personal coordinator. IP is a written master plan, intended to span all areas of service and levels of administration. It shall encompass other elements such as treatment plans, measure plans, education plans, etc., and the patient is supposed to have access to all services and measures needed. IP reflects the recent development in health and social care with an increasing focus on collaboration and user-involvement (i.e., The Ottawa Charter for health promotion [5]). Stimulating changes towards integrated care involves factors dealing with the service-providers, the patients, social contexts, as well as economic, administrative and organisational factors [6].

Implementation and improvements of practice

The Norwegian Health Authorities initiated the implementation of IP with what the author understood as a dissemination strategy [7]. This strategy is not necessarily adequate implementation, which is understood as a more systematic use of strategies to introduce changes. Dissemination is only a targeted distribution of information, mainly written, but also through meetings, with the intent of spreading information about laws and regulations to a specific audience: health and social care workers on this occasion. Thereafter, each municipality, health region, hospital or manager decided more or less independently how they understood the regulations and instructions, and how they made IP work. Use of legal obligation, as with IP, is seen as one of the most powerful methods of influencing behavioural changes, but at the same time the long-term results of this approach are not clear [8]. The health authorities have neither implemented nor evaluated IP in a systematic way. A systematic strategy would have made an evaluation more effective and easier to accomplish [9–11]. There is a field of theory and research on implementation and innovation effectiveness [6, 10, 12–16],

but most of the time implementation processes receive little attention [17], as with IP.

Implementation can be defined as the process of putting an innovation like IP into use [14]. Frequently used implementation theories cover the likelihood of a change to be adopted both at organisational and individual levels, and the premises for such a change to happen [14–16, 18]. "Organisational theory of implementation effectiveness" emphasises determinants of effective implementation to be an organisation's readiness for change, quality of implementation policies and practices, climate, and congruency of innovation and values [14]. "Roger's diffusion of innovation model" is mostly used at an individual level. It covers the process from receiver variables; personality, social characteristics and perceived need of innovation, through a process of knowledge and persuasion before a decision can be arrived at; an adoption or rejection of the innovation [15]. To facilitate any kind of innovation a practical implementation strategy is necessary, covering elements as directions, training, supervision, reminders, technical support, sufficient resources, local opinion leaders and leadership engagement [10, 13, 19]. To sum up the main elements of this implementation literature; the organisation, the individuals and the process itself will all play an important part in implementation and adoption of a new tool like IP.

Aim of the study

The aim of the study is to describe and explore experiences and reflections on the process of implementation of IP, especially what hampers and promotes the process seen through the lenses of a number of managers within Norwegian mental health care. The findings are discussed within a frame of implementation theory since identifying personal and organisational barriers and dilemmas is essential in order to achieve a better understanding of the processes as well as to prepare for improved future strategies for implementing new tools and guidelines.

Methodology and design

The present study on implementation is part of a larger qualitative project on how IP was implemented and used in a given population of youths with long-term mental health problems; hereunder what hampered or promoted the IP function as intended according to the interviewed managers, patients, relatives and coordinators. The whole project is mainly descriptive and evaluative, searching to gain an insight of how IP is put into action. According to Patton [20], evaluation research concerns studying what promotes or hampers the appropriate function of a method or a tool,

like IP on this occasion. To provide an understanding of the processes carrying out the implementation of IP, concerning experiences and reflections, a qualitative approach with semi-structured in-depth interviews was deemed appropriate.

Subjects and context

Twenty-two managers were interviewed representing different kinds of clinics and organisational levels within mental health specialist care in Health Region South-East, Norway (Table 1 for details). In three departments there were two managers from different organisational levels in the same interview, resulting in 19 interviews of 22 persons. For practical purposes, the departments selected are close to the capital region. The choice of managers was criteria-based, with a purpose of obtaining a broad coverage of departments included: in- and out-patient clinics for children and adolescents and for adults as well as patients with a co-morbid condition of drug abuse and mental health problems. The in-patient clinics covered both acute and long-term treatment while the out-patient clinics were regular clinics for mental health treatment. The reason for interviewing managers from all these types of clinics was the chosen focus on patients (adolescents and young adults) representing a complexity of needs and problems receiving treatment and measures from a variety of departments. The managers are 5 males and 17 females in all ages (about 25–65) and with different levels of experience and professional background (doctors, psychologists, an economist, nurses, an occupational therapist and social workers), ranging from team-managers to top-managers. This selection was made so as to provide a broad picture of different organisational contexts and experiences in order to explore and understand the implementation processes. The author asked different managers for an interview out of own knowledge of mental health care, but without knowing most managers personally. No one declined to be interviewed and all found the topic important. The author's experience with IP, as a clinician and as a lecturer on the topic, had shown a great variability in how IP was introduced and used in different departments and different groups of patients. This provided the background of the project and the chosen group of informants.

Formalities

All informants signed an informed consent. The project is validated as a quality assurance project by Regional Committee of Ethics of Health Region East, Norwegian Social Science Data Services and The Data Inspectorate have given the necessary approval. The material is anonymous and the names fictive. All interviews were taped and transcribed verbatim.

Interviews

The in-depth interviews of the chosen managers were, in brief, about their experiences with and reflections on IP as a tool, how they had implemented IP in their organisation and challenges and benefits in use, as well as how they looked at their own role and the staff. All interviews lasted between one and two hours. There was an interview guide, but the questions were evaluated and developed during the period of interviews, according to interesting topics coming up. The total number of interviews was not set in advance, only a decision about having a broad spectre of in- and out-patient clinics (and 20–30 patient cases), to gain width and depth as well as to meet saturation in the material. In this manner the data collection was influenced by Grounded Theory [21].

Analysis

The analyses were conducted, with a few adjustments done by the author, according to Malteruds Systematic Text Condensation (in short a method of decondensation of text into meaningful units and then to recode these units into categories and further into new descriptions and concepts) [22]. All interviews were consecutively read in a naïve way and notes were made about interesting topics illuminating what was promoting or hindering implementation of IP. Thereafter the interviews were analysed in turn. The broad initial topics were developed further by identifying meaningful units of text from the transcribed material. These units were grouped into sub-categories or categories which evolved during the analytic process. The software program NVivo8 was applied in this part of the analysis. The (sub-) categories were further grouped into those main categories forming the basis of this article: managers' identification with IP, implementation challenges, practical implementation strategies, leadership style and characteristics of the organisational culture. These categories reflect what the managers emphasised as important dimensions of the implementation process. Since the analysis is data-bound and descriptive and not theory-bound, the categories reflect what the managers related and little revised by the author. At the end of the analytic process the main categories were re-organised and discussed within a frame of implementation theory (Table 2).

Results

The analytic results illustrate some parts of the managers' way of carrying out the implementation processes and their reflections on what promoted or hampered the processes. There were considerable differences

Table 1. A description of management level (upper, lower), type of institutions (in- and out-patient clinics), belief in IP, systematic implementation training and types of leadership

No.	Level of management*	Clinic	Daily patient contact	Believe in IP as a tool**	Initiated systematic training**	Types of leadership**
1	Chief administrative officer, local government (pilot-interview)	None	No	Yes	Yes—at a regional level	Do not know
8	Upper	In-patient clinic, adolescents, long-term	Yes	No, just the idea of it	No	Not a distinct leadership. Insecure about IP. Do control the records and count plans.
11	Upper	In-patient clinic, drug and mental health problems	No	Yes	Delegated to lower levels	Distinctive leadership. Told team-man what to do, expect they do it. Will control some time.
12	Upper	In-patient clinics, young adults, long-term	No	Yes	Yes	Distinctive leadership. IP is a regular topic. Give time, support, routines and expect to be done.
14	Upper	In-patient clinics, adolescents and young adults, long-term	No	Yes	No	Unclear leadership. Made IP a topic in a few meetings, expects team-man to do it, but do not control or ask.
19	Upper	In-patient clinic, adults, short- and long-term	No	Yes	Yes, and delegated to lower levels	Distinctive leadership. Attitude important. Ask about IP at regular basis in the org.
15	Upper	Out-patient clinics, child and adolescents	No	Yes	No	Distinctive leadership, but not about IP. Gave info in some meetings. Not controlling or counting.
3	Upper	Out-patient clinic, adults	No	Yes	Delegated to lower levels	Ask for IP in the organisation. Shows an attitude: IP is of importance
2	Upper and lower	Out-patient clinic, adults	No & Yes	Yes (both)	Yes	Distinct leadership, support, care, using time to change.
18	Upper and lower	Out-patient clinic, adults	No & Yes	Yes (both)	No	Do not know about distinctive leadership. Made IP a topic in meetings and seminars. Neither controlling nor supportive.
5	Lower	In-patient clinic, child and adolescents, long-term	Yes	Yes, partial	Yes	Quite authoritarian. Everybody has to do it. Are controlling IP's in a weekly meeting.
7	Lower	In-patient clinic, adults	Yes	Yes	Yes	Distinctive leadership. Tell they have to make IP. Do control but caring and supportive as well.
16	Lower	In-patient clinic, child and adolescents, short-term	Yes	Partial	No	Quite authoritarian. Told staff to do it and they do, like expected.
17	Lower (both)	In-patient clinic, adults	Yes (both)	Yes (both)	No	Do not know about distinctiveness. Neither controlling nor supportive. Made IP a topic in a few meetings and one person works on it regularly in org.
4	Lower	Out-patient clinic, adults	Yes	From no to yes	No	Distinctive leadership. Said everybody has to do it, but not controlling.

Table 1. Continued

No.	Level of management*	Clinic	Daily patient contact	Believe in IP as a tool**	Initiated systematic training**	Types of leadership***
6	Lower	Out-patient clinic, child and adolescents	Yes	Yes	No	Occupied with managers attitude, distinctiveness, being tough and caring.
9	Lower	Out-patient clinic, child and adolescents	Yes	Yes	No	Do not know about distinctiveness. Topic in meetings. Neither controlling nor counting.
10	Lower	Out-patient clinic, adults	Yes	Partial	No	Insecure as leader. IP not a topic at all.
13	Lower	Out-patient clinic, drug and mental health problems	Yes	Yes	No	Made IP a topic in meetings. Neither controlling nor supportive.

*Upper level is head of department or bigger institutions, top-management with several sections and/or team underneath. Lower level is head of a section or team.

**The author's assessment of what the informants told about the topic.

***Assessed according to the managers own description of their way of putting IP into action, and their words about the process of having the staff to initiate and coordinate IP.

between work-place situations, organisational levels, how staff related to IP, how the managers interpreted the IP regulations and their own role as well as practical implementation strategies chosen. This nevertheless gives a picture of how IP can be put into action. The evolved categories are thematically organised in line with the presented implementation theory [14, 15], and take into consideration both the organisation and the individual's readiness and condition to adapt to a change as well as the practical implementation process.

Organisation

This theme concerns the organisational perspective, where the categories about context and management level, general challenges and culture are assessed to be part of what organisational theory explains as readiness for change, implementation policies and practices and climate.

Differentiations in management-level and type of department

Nine managers (upper level) were responsible for several departments or larger units and except for one they did not take part in the daily clinical work. They all believed in IP, but were not directly involved in the implementation process at the same level as those having regular patient contact. Only two from the upper level had directly initiated practical and systematic training/supervision on working with IP. These two worked systematically and over time. Most from upper level were quite eager to keep an eye on the implementation anyway, and one thought she mentioned IP every week when attending staff-meetings: *"I can't be too grumpy but try to use some humour. The staff knows I'm going to ask about IP. My personal attitude and practice mean a lot."* A few were at the other end of the scale, and one stated: *"It has not been on my agenda, but it has been a topic for the management team (...) and the team managers work on it as far as I know."* Three had explicitly delegated the responsibility and practical work with IP to a lower level, but all managers had asked about IP one way or another. Twelve managers were at a lower level. They all believed in IP as a useful tool, but two were somewhat sceptic. Three had initiated a systematic procedure for implementing IP; two had done a little, and eight, nothing at all. Nevertheless, those managers working close to both patients and staff seemed to be role models to another extension than managers from upper level, exemplified by one saying: *"As a role model you have to believe in what you are doing, hold relevant knowledge about IP and being supportive, as well as giving IP a firm foundation in the organisation"*. When looking at the upper level there were no differences between in- and out-patient

Table 2. Analytic themes and categories—management interviews

Theme	Main category	Category	Sub-category	Comments on theme
Organisational factors	General implementation-challenges	Too much administration and bureaucracy	What to choose	The organisations readiness to change
		Lack of resources, power and rights for the patients		
		Lack of time		
		Unclear responsibility		
		To make cooperation function	Meetings	
	Characteristics of the organisational culture	Features of the staff	Routines for documentation	
			Initiative	
			Insecurity, resistance	
	Differences in context and tasks	What kind of institution		
		Management level		
Process factors	Practical implementation strategies	Attitudes against template		The foundation of the practical adaptation
		Teaching and supervision	Examples of what the managers practically did	
		Challenges with the patients		
		Cooperation and teamwork around the patients		
Individual factors	Managers identification with IP	Believe in IP	IP as a 'coercion tactic'	Receiver variables and climate for changes
			Understanding of tool and law	
			Change in attitude	
			Obligation	
	Leadership style	Positive experiences		
		Negative experiences		
		To check if the work is done	Control, authority	
			Goal-oriented management	
		Supportive manager	Adapt for the staff	
			Routines and structure	

A few sub-categories are left out from the finishing material presented.

clinics regarding the initiation of systematic training. At the lower level, seven came from out-patient clinics and of these only one had initiated systematic training/supervision. In the five in-patient clinics two had systematic training/supervision but three did not. Whether there was a child and adolescent clinic or adult clinic made no difference at either level.

General implementation challenges

This category reflects on general conditions for implementation in the organisation and how the managers considered the challenges. According to what was told these conditions, often external to the IP itself, made the implementation challenging and frustrating.

Too much administration and bureaucracy

To have an increasing amount of administration as part of their daily work, as well as constant new instructions, seemed to be very frustrating for several of the managers. It either took away the focus on implementing IP, or IP was not given priority in the 'battle of the focus.' Almost half the managers found the bureaucracy problematic or demotivating, exemplified by the comment: *"The health authorities count plans, without looking for quality. It does not give any motivation, just a feeling of powerlessness and that the bureaucracy is making their own business."*

Lack of resources, power and rights for the patients

This theme was mentioned by most managers, also those most eager to implement IP. *"The case is, there is neither money nor power behind IP, which make it a bit non-sensical"* as one said. They had hoped that IP would give more rights and resources for the patients, like treatment, job/school, housing, etc. Another manager said: *"IP seems to have a frame of consequences that is not true. (...) IP is more like the patient's yellow pages, it is only an overview. It sounds like a privilege, but the right is only the paper."*

Lack of time

Time was a frequently-mentioned topic in most settings because the managers found IP to be very time-consuming. How they solved this dilemma varied. One, who was not eager for IP, said: *"We don't have any time to do this; we have to work extra then."* Most talked about the ever-lasting dilemma of balancing where to give priority, but those managers from in-patient clinics more easily found IP to be part of their daily work. One said: *"This is not supposed to take any extra time since we have to coordinate measures anyway."*

Unclear responsibility

The IP regulation is formulated such that all health personnel have a responsibility to initiate an IP when required, but there is no further description than this

which was frustrating and challenging for some managers. Especially those working in in-patient clinics found it problematic to tell if it was their job or not to coordinate an IP, and which generated discussions with representatives from other systems. Some cooperative partners in primary and secondary care had concluded together that *"IP is coordinated from where the patients have their bed."* In other places this agreement had not been reachable.

Characteristics of the organisational culture

According to both organisational theory [14] and diffusion theory [15] the culture or climate in the organisation is essential when it comes to adoption of changes. This has to do both with personal and organisational variables and their interaction. The content of this category is about how the staff cooperates in the implementation process seen from a management perspective. An outpatient clinic manager gave a picture of a kind of organisational cultural obstacle: *"In this system we have a tradition of neglect, more than open resistance,"* while another told: *"I do not think we have an active boycott, but we resist as far as we can. We don't have to be best in class—is the attitude."* These two managers, as well as others, told about cultures with a mainly negative attitude against IP, and new procedures in general. They did not say anything about the insecurity often being part of the resistance, or their own position as a manager and a role model accordingly. To cope and to see the purpose seemed to be important. Based on what was told, it took time to gain confidence and have enough knowledge and experience so they could feel they were mastering the new tool. In three in-patient clinics some of the staff were described being anxious about using a computer and did not have routines for documentation. This made the implementation harder. Generally, it seemed that out-patient clinic staff had more training when it came to documentation and being responsible for treatment processes. On the other hand, the in-patient clinic staff had received more training in taking on the coordination work and to take into consideration all aspects of the treatment and need of care for their patients. Some managers really praised their teams for this, as one clearly demonstrated: *"They are never afraid of doing things; I have just said we have to do this, and there have not been any problems."* One other said: *"People are quite flexible. (...) When I say we have got an instruction, people do as they are asked."* Three managers told about a positive change in the staff due to age: *"We got some new people in. They were young and more receptive and willing to learn about new things."* Others talked about general differences in the staff when it came to an enthusiasm for IP, how they took the initiative and how they understood their own position in the IP-process. One out-patient clinic

manager summed up her experiences with the staff: *“There has been everything from thinking this is great, to people being angry about more things to do, to some having a guilty conscience for not doing it, and others telling me that I don’t have an idea about how stressful are the workdays they have. There have been all kinds of emotions.”*

Process

Process refers in this context to what the implementation literature often speak of as the adaptation process. When there is a decision in the organisation about implementing a new tool (like IP) and the organisational readiness for change is clarified, then the process of internal practical work can start.

Practical implementation strategies

This category refers to what the managers described they actually did to facilitate the use of IP in daily life; what training, supervision and support was offered. Those managers who were most enthusiastic and believed in IP as a tool were definitely making most of the practical part of the implementation. How they prepared for training and practical work with IP varied considerably. In six organisations they had carried out the training/supervision themselves, and had systematically followed a plan for teaching the staff, demonstrating how IP could be used within meetings and for supervision. Others did it more occasionally or just sent the staff on external courses. A few managers spoke about how they tried to make good routines and procedures for working with IP to make it easier for the team, while others were at the other end such as the one who stated: *“We cannot boast about having any routines at all.”* To have IP as a regular theme at staff-meetings or clinical meetings was the most frequent implementation routine mentioned. Those managers from in-patient clinics were particularly occupied with the practical training; to work with real cases and see how IP could be applied. One said: *“We have started every second week to take all the patients, one by one, and work with their IP. You can’t sit in a room by yourself to work with it; you have to check out your thoughts and comprehensions.”* In out-patient clinics IP was a more general topic at meetings and some leaders made it very simple and gave all the employees a template or an example of how an IP could look like before they talked about it in a few meetings. In two out-patient clinics they had been working systematically together with staff from the primary care, with regular meetings and whole-day courses for all employees. The significance of interactive learning was mentioned by several managers: *“You have to practise, go into real situations to learn.”*

Individual factors

To separate the individual from the organisational perspective and the adaptation process might be a bit artificial since implementing a tool like IP should be a collective endeavour, but individual variables are essential when it comes to the accomplishment.

The managers’ identification with IP

This category concerns how the managers identified with IP in the sense of what they understood IP to be, if they believed in IP to be a useful tool, and how this identification, or lack of it, possibly affected the implementation process. All managers appreciated the intention behind IP and were agreed upon a need for better coordination and collaboration when it came to patients with long-standing complex mental health problems. Four expressed they were sceptical due to the formulation of the guidelines and to their own negative experiences, especially lack of resources and commitment. A few gave the staff only a minimum of information because they did not believe in it as a useful tool in their organisation. Others were ambivalent, mostly due to the general implementation challenges, and therefore seemed to have a lack of motivation when carrying out the implementation. Several managers emphasised the importance of the strengthening of user-participation such as more equality between patients and professionals, increased patient rights and respect for the patients’ goals and wishes. One manager, occupied with user-participation as a right, said: *“User-participation and IP do not necessarily make the patients better, but represent an important democratic right.”* Other benefits mentioned included IP as a way of formalising the work to be done, a tool for cooperation and ‘tidying up’, as well as a way to get a common understanding of the reality, both between patients and service providers and between the service providers themselves.

Leadership style and context

This category is built upon the author’s interpretation of the managers’ description of how they have acted in the implementation process and in relation to their staff. Leadership style was not measured. Nor were the staff asked to make an evaluation of their managers, something which makes the category very subjective. The managers differed in how they could be described to be supportive, authoritarian or controlling in the process, or whether they seemed to have a distinct leadership or not. Only a few were explicit on their own positions and how, through their own attitude and practice of leadership, they could encourage the staff to use IP. An experienced manager said: *“If I, as a manager, devaluated IP with saying it’s just another paper, nothing would have happened.”*

To check if the work is done

Several managers talked about how they were more or less controlling in the implementation process, but they performed the control in different ways. Four were explicit that to perform control meant a need to check some way, illustrated by a statement such as: *"I have said all patients are going to have an IP, and I will look in the records to control it."* On the other hand, there were managers who only made IP a topic in their organisation, asked about IP in meetings, or made it part of a supervision setting. Whether a strong control was a suitable way to do it or not is hard to tell without interviewing the staff. Others were clear about their own responsibility: *"...the managers have to hold on to this theme, to give it extra attention until it has been implemented and a matter of course."*

The need to be a supportive manager

To be supportive and caring were explicitly mentioned by four managers, and to keep the staff as part of the implementation process was emphasised by others such as one who stated: *"Of course a manager has to decide, but it is very important to do the ground-work, to make sure all is in and make them see the need and the usefulness of a new tool."* Another elaborated: *"It is important to point to process, prepare, and try to make it easy, but at the same time be modest..."* The importance of motivation and inspiration was also mentioned by a few who described themselves as controlling. *"I try to motivate them one by one and make it pleasurable, at the same time as I can tell: 'This you just have to do. I will control it.' Then people start doing it, and the 'phase of pain' becomes shorter."*

Discussion

The headlines drawn from the presented findings give a picture of what hampers or promotes an implementation process as well as possible benefits and dilemmas. There is a complex interplay between organisational factors, the adaptation process and the influence of individuals when it comes to implementation of IP.

The results in the light of implementation theory

According to Damschroder et al. [13] implementation barriers arise at multiple levels: the patient level, provider team, organisational level, management and policy level. This is also seen in this study. Several domains, both inner (i.e., leadership, culture) and outer settings (i.e., patient needs, resources) and characteristics of individuals and implementation-processes are recognised as influencing the improvement of delivering care [13, 17, 23]. The meaning of an innovation

in terms of its relevance and usefulness has a powerful influence on implementation, and if shared by top-management, team-management, service-users (staff in this study), and other stakeholders, the innovation is more likely to be assimilated [18]. Implementation seemed to be smoother in those organisations or teams where there was a correspondence with existing values, strategies, goals, skills and ways of working. There were significant differences between the clinics when it came to cultures and how the staff related to and showed willingness and flexibility to adopt new tools, as well as how adjustable the structures and procedures in the organisation seemed to be. There were no obvious difference between in- and out-patient clinics or between child- and adolescents' and adult clinics when it came to the organisations attitude and readiness to change. How the managers perceived the general or external challenges affected how eager they were to give IP priority. Several were disappointed and frustrated according to lack of rights and resources for the patients. They had hoped for more than a legal right for a plan. At the same time they felt the pressure of documentation and priority, which can easily result in ambivalence or neglect in the implementation.

At a policy level, as described in the introduction, the Norwegian health authorities chose a dissemination strategy [7], but without explicit guidelines on how managers should carry out the further implementation in their organisations. From the literature we know that passive dissemination of information is generally ineffective [24] when it comes to implementation of changes. Implementation should contain a systematic strategy to make a long-term change, with ingredients like individual instructions, feedback and reminders as the most effective strategies [19]. Some managers, mainly from lower levels and working close to patients and staff, made IP a regular topic at meetings, and provided supervision as well as arranging systematic training of coordinators. They seemed to have best chance to give IP a permanent place in the clinical work in their organisation. Probably this could reduce the managers need to control if the staff prepared and used their IPs. A few upper level managers told they were mostly asking about IP, not controlling it, due to a position where they found it intrusive to be too controlling. Some managers seemed to be generally quite systematic in their way of working, but none mentioned a long-term plan to implement and keep up the IP work, or related to research or knowledge about implementation.

A Dutch study [25] showed the baseline motivation to implement a tool at the individual level was social support by colleagues, compatibility and perceived relative advantage of the intervention, which is relevant when looking at the findings in this study as well. Other studies have concluded that most implementation barriers

are seen within people due to competence, motivation, attitude, personal characteristics like age, experience and self-confidence, learning style and willingness to change [13, 17, 18]. Resource allocation, support and targeted employees seem to be essential. Barriers may arise at multiple levels. A general comment from a manager illustrates the complexity: *“How I would hold on to the implementation would depend on how important I found it, and how important I found it would be partly dependent on my understanding of the topic, and not at least what consequences I could expect when not doing it, or not to give it priority. This, and how useful I found it for the organisation would be decisive for my implementation.”*

Even though most managers did reflect on their own way of controlling the implementation, none of them touched upon their own role in the interaction with the staff. When looking at this study compared to research on successful strategies for change, there is a wide overlap with emphasis on visionary leadership, the manager as a role-model and participatory management style [10, 26, 27] as well as the significance of managerial support in terms of motivation and opportunities [28, 29]. Most managers talked about a need for motivation and support of the staff, which is important. Motivation determines behaviour and is a predictor of understanding changes, or lack of them [2]. IP was evaluated as ‘a good idea’ from all interviewed managers, but at the same time the tool was forced on people and resulted in some scepticism. To look at determinants of behaviour can be helpful in understanding why managers and staff do as they do in an implementation process. Due to social cognitive theory, behaviour is to a large extent determined by incentives and expectancies. To perceive a need for IP and experience its usefulness makes the implementation a lot easier [18].

Clinical implications

Transference and relevance of findings is an essential part in research, and this study points out some important topics. Individuals can, of course, put IP into action by themselves, but it is hard to make a new tool succeed that way. If the whole organisation is involved, there is a positive climate for changes, the implementation is systematic and in accordance with relevant knowledge, and there is a match between values, perceived needs and the new tool (IP on this occasion), there is a great chance of succeeding. Managers should take this knowledge into consideration and try to prepare for an implementation with adjustments in all areas. An implementation process needs a long-run priority. To implement and keep up a change is challenging and some estimates indicate that two-thirds of organisational efforts to implement a change fail [13].

Only a relatively few interventions are sustained over time [30] and positive implementation results have often been obtained with levels around 60% [31].

Limitations and benefits of the study

The study is descriptive and not conclusive and covers only a few informants, but provides a broad picture of different implementation processes as the interviewed managers described these as challenges and possibilities. This picture provides a broad understanding of the processes during implementation [32], but the heterogeneity of informants is a challenge. Different management levels and departments are involved, but they are not easily compatible due to their differences. To acquire a more just picture of the process, especially the role of the manager, some representatives from the staff should have been interviewed about the manager's leadership style. This would have provided important knowledge due to what we know about the meaning of leadership style, personality and types and bases of power in an organisational change, which an implementation process somehow is. Action research or participating observation could have been another solution. Follow-up interviews of the managers could have checked out the sustainability of their way of working out the implementation process. The author has carried out both the interviews and the analyses, which can be a source of error, even though these have been checked with supervisors. There are both pro and cons in undertaking research in a field known through personal experience. The negative side is primarily the risk of prejudice while the positive side is the possibility of asking relevant questions and validating the relevance of the results.

Conclusion

What hampers or promotes the implementation of IP is a complex puzzle. IP consists of an interaction of organisational elements, the adaptation process with its practical implementation strategies as well as the involved individuals with their preferences and perceived need of an IP (or not) in their daily work. Whether there is a difference in implementing a tool like IP as opposed to other kind of tools has not been in focus, but to implement an integrated tool like IP is a complex process. The managers have to get IP to function crosswise of administrations, laws and professions, in both primary and secondary health care, which is a complex context. Laws are generally seen as one of the strongest incentives in order to influence behavioural change, but when looking at this study a law and a strategy of dissemination is not fully sufficient in order to implement a tool like IP. The management level is of great

importance, but there is a wide range of factors influencing health care delivery. Further research is necessary according to the extensive empirical evidence that organisational factors and the level of implementation affect outcome [31]. This is an argument for planning better implementation strategies than is the case with IP. An understanding of factors underlying IP implementation practice in order to identify which processes should be targeted in implementation interventions as well as to develop an understanding of how the intervention itself work is an essential research focus.

By changing nothing we hang to what we understand, even if it is the bars of our own jail.

John LeCarre; The Russia House

Acknowledgements

PhD and research supervisor Ruth Toverud, professor and research supervisor Odd Arne Tjersland, and 1.

amanuensis Henning Bang for useful feedback in the writing process. The Norwegian Foundation for Health and Rehabilitation (Helse & Rehabilitering) and Centre for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway (R-BUP) for funding. Oslo University Hospital has granted necessary leave of absence.

Reviewers

Jorunn Bjerkan, Ml, RN, PhD Candidate, University of Science and Technology, Trondheim, and assistant professor Nord Trøndelag University college, Levanger, Norway.

Elisabeth Fosse, Professor, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen Christiesgt. 13, Bergen, Norway.

Solfred Vatne, Associate professor, Rector, Molde University College, Postboks 2110 N-6402 Molde, Norway.

References

1. Åhgren B. Creating integrated health care. Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health; 2007.
2. Walker AE, Grimshaw JM, Johnston M, Pitts N, Steen N. PRIME—Process modelling in Implementation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research* 2003;3:1–22.
3. St. meld nr 25(1996–97). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene [White Paper no 25 (1996–97). Openness and totality: about mental health problems and service measures]. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1997. [in Norwegian].
4. Sosial- og helsedirektoratet. Individuell Plan 2010, Veileder til forskrift om individuell plan. [Individual Plan 2010, Guideline to regulations about Individual Plan]. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, trykksakavdelingen; 2010. [in Norwegian].
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva; 1986.
6. Frøtheim A. Hvordan oppnå endring? Implementering av kunnskapsbasert praksis [How to achieve a change? Implementation of knowledge-based practice]. 11-1-2011. Ref Type: Slide [in Norwegian].
7. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration Policy in Mental Health* 2009;36:24–34.
8. Bjerkan J, Richter M, Grimsø A, Hellesøe R, Brender J. Integrated care in Norway; the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2011 Jan 26;11. [cited February 22 2012]. Available from: <http://www.ijic.org>. URN:NBN:NL:UI:10-1-101258.
9. Fixen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. USA: University of South Florida; 2005.
10. Ogden T. Implementering i forskning og praksis. [Implementation in research and in practice]. 14-2-2008. Ref Type: Slide. [in Norwegian].
11. Øvretveit J. Evaluating health interventions. UK: Open University Press; 1998.
12. Sørli M-A, Ogden T, Solholm R, Olseth AR. Implementeringskvalitet—om å få tiltak til å virke: En oversikt. [Implementation quality—how to get measures to function: an overview]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2010;47:315–21. [in Norwegian].
13. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009 Aug 7;4(50). Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-4-50.pdf>.
14. Weiner BJ, Lewis MA, Linnan LA. Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research* 2009;24(2):292–305.
15. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th edition. New York: The Free Press; 1995.
16. Carlford S, Lindberg M, Bendtsen P, Nilsen P, Anderson A. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice* 2010;11(60). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/60>.

17. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1992;1:184–91.
18. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004;82(4):581–629.
19. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *International Journal for Quality in Health Care* 1994;6:115–32.
20. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Third edition. London: SAGE Publications; 2002.
21. Charmaz K. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. SAGE Publications; 2006.
22. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* [Qualitative methods in medical research. An introduction]. Second edition. Oslo: Universitetsforlaget; 2003. [in Norwegian].
23. Oxmann AD, Thomsen MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal* 1995;153(10):1423–31.
24. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxmann AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of the systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal* 1998 Aug;317:465–8.
25. Helmink JH, Kremers SP, van Boekel LC, van Brussel-Visser FN, de Vries NK. Factors determining the motivation of primary health care professionals to implement and continue the 'Beweeegkuur' lifestyle intervention programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011 Mar; 25.
26. Wilkins S, Pollock N, Rochon S, Law M. Implementing client-centered practice: why is it so difficult to do? *The Canadian Journal of Occupational Therapy* 2001;68(2):70–9.
27. Stetler CB, McQueen L, Demakis J, Mittman BS. An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice: QUERI Series. *Implementation Science* 2008;3:1–16.
28. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, et al. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *Milbank* 2010 Dec;88(4):500–59.
29. Ubbink DT, Vermeulen H, Knops AM, Legemate DA, Oude Rengerink K, Heineman MJ, et al. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Netherlands Journal of Medicine* 2011;69(2):87–94.
30. Forsetlund L. Rogers teori om hvordan nyvinninger sprer seg. [Roger's theory on the dissemination of innovation]. 7-9-2010. Ref Type: Slide. [in Norwegian].
31. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41:327–50.
32. Grimshaw JM, Campbell M, Eccles M, Steen N. Experimental and quasi-experimental designs for evaluating guideline implementation strategies. *Family Practice* 2000;17(Suppl 1):11–6.

